



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E ACONSELHAMENTO

A PRÁTICA CLÍNICA NUM HOSPITAL DE LISBOA

(Relatório de Estágio para a Obtenção do grau de Mestre em Psicologia –
Especialização em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

Débora Duarte – N° 20130638

ORIENTADOR DE RELATÓRIO DE ESTÁGIO – Doutor António Mendes Pedro

Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DE ESTÁGIO – Doutora Ercília Duarte

Hospital de Lisboa

Lisboa, Dezembro de 2015

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”

(Mahatma Gandhi)

Agradecimentos

Ao meu orientador de relatório de estágio, Doutor António Mendes Pedro, por me auxiliar e me encaminhar no decorrer do meu trabalho.

À Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) por me ter proporcionado o estágio no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) e à Doutora Ercília Duarte, orientadora do estágio, pelo apoio e pela partilha de conhecimento.

Ao corpo docente da Universidade Autónoma de Lisboa por me acompanhar durante a licenciatura e agora no mestrado, sendo sempre muito prestáveis.

Aos meus amigos por estarem sempre presentes e me ajudarem nas diversas dificuldades que passei.

À minha família por apoiar as minhas decisões e acreditar em mim para realizar um bom trabalho.

À Doutora Madalena Mira por me ajudar a ultrapassar os obstáculos, pelo o apoio e carinho, e pela partilha de conhecimentos.

Resumo

O atual relatório de estágio é executado no 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa, tendo uma obrigatoriedade mínima de 500 horas. O estágio tem como principais objetivos facultar-nos uma base de conhecimentos que irão possibilitar um futuro profissional mais sólido, através da aquisição de relevantes saberes (conhecimentos teóricos) e pela parte prática, na medida em que possibilita uma experiência que se enquadra no exercício profissional.

Para um maior enriquecimento, foi proporcionada uma visita aos vários setores do Centro Hospitalar, como a Psiquiatria, Psicologia Criminal ou Psicoterapia, podendo observar o trabalho realizado nestes setores, usufruindo assim uma experiência “mais completa”.

O estágio visou ainda dotar o estagiário de diferentes conhecimentos práticos e teóricos que possibilitaram um aperfeiçoamento e consolidação, que se espera que possam influir positivamente no futuro do desempenho na sua profissão de psicólogo.

Este relatório está dividido em três partes: a primeira contém a contextualização do estágio, com uma caracterização histórica da Instituição e menção ao papel do psicólogo; numa segunda parte, insere-se o enquadramento teórico, destacando-se as problemáticas presentes no local de estágio; por último, numa parte prática, são apresentados dois casos clínicos, de forma detalhada, desde o pedido, à história pessoal/familiar, passando pela anamnese, pelas hipóteses de diagnóstico, até à avaliação psicológica e a uma reflexão pessoal.

Palavras-Chave: Psicologia Clínica, Avaliação Psicológica, Grupos Sócio Emocionais

Abstract

This work contains the report made for the 2nd year of Master Clinical Psychology and Counselling at the Universidade Autónoma de Lisboa, which required a minimum of 500 hours. The main objectives are to give the trainee on a knowledge base that will allow the professional future, an acquisition of relevant knowledge (theoretical knowledge) and practical behavioral, and enable a professional experience.

For a further enrichment we had the possibility to visit several areas of the Hospital, such as Psychiatry, Criminal Psychology or Psychotherapy and we are able to observe the work done in these sectors, thus enjoying a more "complete" experience.

The stage also aimed to provide the trainee of different practical and theoretical knowledge which enabled an improvement and consolidation, which may be expected to positively influence the future performance in their profession of psychologist.

This report is divided into three parts: the first contains the context of the stage, with a historical characterization of the institution and mention to the role of the psychologist; a second part, we analyze the theoretical framework, highlighting the problems present in the stage area; Finally, a practical part, where we present two cases in detail, from order, personal / family history, through history, the chances of diagnosis, to psychological evaluation and personal reflection.

Keywords: Clinical Psychology, Psychological Assessment, Socio-Emotional Groups

Índice

Introdução	10
Parte I – Contextualização do Local de Estágio	12
1.1. Hospital de Lisboa – Evolução Histórica	12
1.1.1. Missão, Visão e Valores	13
1.1.2. Organização do Centro Hospitalar	14
1.1.3. Estruturas Comunitária	15
1.1.4. Internamento	16
1.1.5. Hospital de Dia Eduardo Luís Cortesão	16
1.1.6. Áreas de Dia	17
1.1.7. Consultas Externas	17
1.1.8. Intervenção Domiciliária	17
1.1.9. Urgência	17
1.1.10. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	17
1.1.11. Pavilhão 31	18
1.2. Cronograma do Projeto de Estágio	18
1.3. Papel do Psicólogo Clínico na Instituição	21
1.4. Enquadramento Teórico	24
1.4.1. Psicologia Clínica e Psicoterapia	24
1.4.2. Perturbações da Personalidade	26
1.4.2.1. Perturbação Bipolar	28
1.4.2.2. Perturbação Depressiva	30
1.4.3. Consumo e Abuso no seio familiar	32
Parte II – Atividades desempenhadas no Estágio	34
2.1. Trabalho de Estágio	34
2.1.1. Psicologia Clínica e Psicoterapia	34
2.1.2. Grupo de Competências Socio-Emocionais	34
2.1.3. Pavilhões do Hospital	36
2.2. Trabalho de Estágio – Avaliações Psicológicas	37
2.3. Apresentação dos dois Casos Clínicos	40

2.3.1. Estudo do caso “H”	40
Pedido	40
Dados da 1ª Consulta	40
Descrição das queixas atuais.....	41
História Clínica (Estrutura e Contexto Familiar)	41
Avaliação Psicológica do caso do “H”	44
Resultados da Avaliação Psicológica	45
Discussão Clínica.....	53
Reflexão pessoal do caso	55
2.3.2. Estudo do caso “M”	56
Pedido	56
História Clínica (Estrutura e Contexto Familiar)	56
Avaliação Psicológica do caso da “M”	58
Resultados da Avaliação Psicológica.....	59
Discussão Clínica	65
Reflexão pessoal do caso	67
2.4. Reflexão Global	68
Parte III - Conclusão	71
Referências Bibliográficas	74
Anexos	82
Anexo 1 – Caso H – Teste da Figura Humana (Género Feminino e Masculino)	
Anexo 2 – Caso H – Teste do Desenho da Árvore	
Anexo 3 – Caso H – Teste da Figura Complexa de Rey	
Anexo 4 – Caso H – Teste de Frustração de Rosenzweig	
Anexo 5 – Caso H – Teste MCMI – II	
Anexo 6 – Caso H – Teste MMPI	
Anexo 7 – Caso M – Teste da Figura Humana (Género Feminino e Masculino)	
Anexo 8 – Caso M - Teste do Desenho da Árvore	
Anexo 9 – Caso M – Teste da Figura Complexa de Rey	
Anexo 10 – Caso M – Teste Toulouse-Piéron	
Anexo 11 – Caso M – Teste SCL-90-R	
Anexo 12 – Teste WAIS – R	

Índice de Tabelas

Tabela 1: Atividades realizadas durante o estágio acadêmico nos primeiros 4 meses.... 19

Tabela 2: Atividades realizadas durante o estágio acadêmico nos últimos 4 meses..... 20

Índice de Figuras

Figura 1: Genograma de “H”	42
Figura 2: Genograma de “M”	55

Introdução

O trabalho agora apresentado enquadra-se num programa de estágios para alunos finalistas em Mestrado Integrado em Psicologia, que escolheram realizar o estágio curricular no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, no presente ano curricular de 2014/2015, dando um suporte metodológico aos mesmos.

Este estágio é caracterizado por uma parte teórica (formação sobre os testes de avaliação psicológica) e uma parte prática (observação e avaliação psicológica). Relativamente à parte teórica foi proporcionada uma formação, que consiste na realização e cotação de testes (os mais utilizados no centro hospitalar), leitura de manuais sobre os mesmos e numa parte final, a cotação de testes de pacientes.

Relativamente à parte prática inicialmente observámos as consultas, com a orientadora de estágio que nos foi atribuída no centro hospitalar, seguidamente foram os estagiários a realizar as consultas e, numa fase final, a avaliação psicológica de, pelo menos, dois pacientes, sendo crucial referir que no centro hospitalar, nomeadamente no pólo onde efetuei a maior parte do meu trabalho de estágio, não se realizam acompanhamentos psicológicos. É importante referir que os estagiários passaram pelos diversos pólos do Hospital para observar, nomeadamente, a função do psicólogo, as tarefas dos pacientes, a auto-organização dos seus funcionários, entre outras tarefas, e para participar nas diversas atividades. Realizámos também uma apresentação à Orientadora sobre o Código Deontológico.

A eleição do estágio baseou-se nas diversas patologias, i.e., perturbações da personalidade no adulto, que o mesmo possui e, conseqüentemente, na variedade de faixas etárias, sendo esta uma mais-valia para o estudante pois permite-nos desenvolver competências e aptidões, que vão contribuir para uma nova aquisição de experiências na nossa área de trabalho.

No dia 1 de Dezembro de 2014 verificou-se o primeiro contacto dos estagiários com a Orientadora no Centro Hospitalar; durante esta apresentação foram-nos colocadas questões de ordem prática, por exemplo sobre a disponibilidade de cada um, questões motivacionais, como por exemplo por que razão escolhemos este local de estágio, e por último, uma questão sobre a vocação, ou seja, quais as razões para termos escolhido a área da Psicologia.

A elaboração dos horários foi realizada no dia 10 de Dezembro de 2014, tendo ficado estabelecido que o mínimo da comparência seria de 3 a 4 vezes por semana.

Ficou então estipulado, no meu caso, as segundas-feiras à tarde e terças, quintas e sextas-feiras de manhã, sendo a duração de 4 horas por dia, pois a orientadora teve de ter em conta as reuniões grupais, as atividades e igualmente a disponibilidade dos outros estagiários. A assiduidade foi controlada de duas formas: os estagiários tinham folhas de registo da faculdade e no Centro Hospitalar possuem um Caderno para um apontamento individual das presenças e dos horários. Relativamente à avaliação dos estagiários por parte da orientadora será entregue no final do mesmo.

Foi um estágio enriquecedor, que me proporcionou passar pelos vários setores e participar em diversas atividades, com contacto com pacientes e com o trabalho dos profissionais que os acompanham. Assim, considero esta aproximação à realidade da prática profissional e aos procedimentos como uma grande mais-valia no início do meu percurso.

Parte I – Contextualização do Local de Estágio

1.1. Hospital de Lisboa - Evolução Histórica

A 19 de Outubro, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) é fundido pela integração dos hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda; o CHPL é uma instituição pública do Serviço Nacional de Saúde, é dotado de autonomia financeira, administrativa, patrimonial e de personalidade jurídica (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

O Centro Hospitalar teve como principal objetivo certificar de que eram prestados os devidos cuidados especializados no campo da Psiquiatria e da doença mental a todas as pessoas maiores de idade, com um total respeito pelas normas da política de saúde mental, quer a nível nacional como regional (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

As origens do Hospital Miguel Bombarda remontam ao Convento da Congregação da Missão dos padres de S. Vicente de Paulo, que desde 1717 aceitava acolher jovens condenados, pelas mais diversas práticas, pelo Santo Ofício (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

Com o fim das Ordens Religiosas (1834), o Real Colégio Militar ocupa este espaço logo em 1835 e até 1848, quando passa para Mafra, ficando o edifício a ter o objetivo de acolher doentes mentais, fundando-se assim o primeiro Hospital Psiquiátrico em Portugal, com espaço para 300 doentes, entre os quais os provenientes do Hospital Real de S. José (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

No Hospital Miguel Bombarda nasce o projeto da Edificação do Hospital Júlio de Matos, para o que contribuiu o abastado empresário António Higinio Salgado de Araújo: tendo estado ali internado, impressionou-se com a falta de condições em que viviam os doentes mentais e deixa no seu testamento um terreno para a edificação de um Hospital Psiquiátrico (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

Quando Júlio de Matos se encontra com Salgado de Araújo apercebe-se da doação que este fez para o novo Hospital Psiquiátrico ficando ainda mais impulsionado com esta ideia, de tal forma que abandona o Porto e passa a exercer em Lisboa e em 1913 inicia-se a construção do Novo Manicómio de Lisboa, também chamado do Campo Grande (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

Júlio de Matos morre em 1922 sem ver a obra concluída, cujos atrasos se deveram a problemas financeiros. Salgado de Araújo, lembrando a obrigação do Estado em construir o novo Hospital antes de 1940, salvaguardou a situação (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

A 2 de Abril de 1942 é inaugurado o Hospital Júlio de Matos, sendo considerado à época um dos melhores na Europa. A reputação do Hospital consolidou-se nos seguintes anos devido a uma inovação, nomeadamente, a primeira instalação de Unidade de Psicocirurgia Portuguesa, em que Egas Moniz desenvolveu as técnicas de leucotomia pré-frontal e também de angiografia cerebral (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

A primeira Reunião Europeia de Neurocirurgia decorre nesta unidade hospitalar em 1947 e Egas Moniz ganha o Nobel de Medicina/Fisiologia em 1949 (partilhado com o suíço Walter Rudolf Hess). A notoriedade internacional aumenta, para o que também contribuiu uma abordagem diferente aos doentes psiquiátricos, proporcionando a alguns a circulação no exterior do hospital, dando-lhes assim uma maior liberdade (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.1. Missão, Visão e Valores

O CHPL tem como missão assegurar cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria à população adulta, sendo estes concedidos por equipas multidisciplinares qualificadas, garantindo as respostas que a população adulta portadora de demência necessita em todo o ciclo da sua doença (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

Devido à vasta dimensão de influência, os cuidados de saúde mental e de psiquiatria prestados encontram-se repartidos por seis serviços de internamento, em que se inserem as consultas externas, hospitais de dia e ainda atividades e programas ambulatoriais (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

O Hospital assegura com os seus recursos humanos um atendimento de urgência psiquiátrica no Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central. Assegura concomitantemente a intervenção comunitária e domiciliária, com equipas compostas por enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e psicólogos do serviço técnico social (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

O CHPL tem em conta as atividades de acordo com a orientação dos valores da Equidade, do Respeito, da Responsabilidade, da Inovação e da Credibilidade, que são determinantes na organização de um conjunto de princípios:

- Atendimento personalizado e humano;
- Respeito pela dignidade de cada doente;
- Convicções religiosas e filosóficas e condições culturais individuais respeitadas;
- Direito à informação do estado de saúde e tratamentos, quer aos familiares, quer ao doente;
- Igualdade no acesso;
- Respeito pelo ambiente e responsabilidade social
- Ética profissional;
- Promoção da saúde mental na comunidade, com estruturação de respostas articuladas e apropriadas com as redes de cuidados de saúde e de Segurança Social, entre outras;
- Incentivo à investigação, inovação, atualização científica e desenvolvimento pessoal, dirigido às exigências das populações a apoiar;
- Excelência na intervenção técnica;
- Incremento da multidisciplinaridade;
- Competência na gestão dos recursos (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.2. Organização do Centro Hospitalar

Esta organização realiza-se segundo um critério de respostas diferenciadas e sob a responsabilidade e orientação do órgão de administração. Os serviços prestados de ação clínica são conformados com a direta prestação de cuidados (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

A estrutura organizacional do hospital assenta num padrão de respostas de orientação geodemográfica visando a população inserida na rede hospitalar de saúde mental e psiquiatria, e cujo Conselho de Administração, desde 1 de Janeiro de 2014, é composto por:

Dra. Isabel Paixão	Presidente do Conselho Administrativo
--------------------	---------------------------------------

Dra. Sandra Silveira	Vogal Executiva
Dr. José Salgado	Diretor Clínico
Enf. Caetano Luís Galhanas	Enfermeiro Diretor

(Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.3. Estruturas Comunitárias

O CHPL é constituído por cinco unidades de prestação de cuidados em ambulatório, que têm como objetivo:

- Integração da Psiquiatria e Saúde Mental nas redes locais de saúde;
- Humanização dos cuidados psiquiátricos em saúde mental;
- Maior proximidade dos utentes inseridos no seu contexto natural;
- Diminuição de internamentos e encorajamento da alta psiquiátrica e posterior seguimento;
- Aperfeiçoamento da adesão terapêutica.

As unidades de prestação de Cuidados em Ambulatório são:

- ✚ UCCPO – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas;
- ✚ CINTRA – Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório de Sintra;
- ✚ ETC – Espaço Terapêutico Comunitário de Vila Franca de Xira
- ✚ Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Torres Vedras – Psiquiatria/Psicologia, Atendimentos Complementares;
- ✚ Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos dos Olivais – Psicologia, Atendimentos Complementares
- ✚ MESMO – Mafra Espaço de Saúde Mental e Ocupacional(Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.4. Internamento

Está dividido em quatro setores, sendo estes:

- ➔ Agudos: organizado em seis clínicas assistenciais, com programas orientados por patologia;
- ➔ Reabilitação: desenvolve programas de Reabilitação Psicossocial, nomeadamente de Terapia Ocupacional, de Treino de Atividades de Vida Diária, de Emprego protegido e de Formação Profissional. Promove ainda a realização de atividades de participação em exposições, atividades terapêuticas de teatro ou outras, que passam pela dinamização de programas de rádio, sendo estas proporcionadas a doentes em diferentes fases do seu processo de reabilitação;
- ➔ Residentes: tendo em conta os doentes internados durante os últimos anos, a secção de doentes de evolução prolongada divide-se de acordo com a resposta relativa aos diferentes graus de dependência de cada doente internado. É de ter em conta que a secção dos residentes dá especial atenção ao setor de utentes com idade mais avançada devido à sua diminuição de autonomia.
- ➔ Forense: é composto por 23 camas para utentes sob custódia que estão a cumprir sentença judicial; o serviço realiza exames médico-legais que podem ser requisitados pelos serviços judiciais (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.5. Hospital de Dia Eduardo Luís Cortesão

É um serviço de internamento parcial para utentes necessitados de cuidados diários. É adequado a utentes que se encontram em recuperação de episódios agudos (que podem ter levado ao seu internamento anteriormente), e que continuam a precisar de cuidados diários (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

Dentro deste serviço existem planos de tratamento individuais e grupais com o objetivo de diagnóstico e terapêutico; o objetivo final é preparar o utente, depois de ter alta do internamento, na reabilitação social e ocupacional (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.6. Áreas de Dia

É um projeto que parte do CHPL em várias áreas relativamente distantes do mesmo, como nos concelhos de Odivelas, Sintra, Vila Franca de Xira, tendo como objetivo o apoio a doentes e seus familiares, a criação de ateliers, grupos de auto-ajuda, sendo estes acompanhados por profissionais que orientam e promovem estas atividades (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.7. Consultas Externas

Existem duas vertentes, as médicas e as não-médicas, sendo constituintes da primeira a Sexologia, Neurologia, Psicoterapia, Psiquiatria Forense e Perturbação do Stress Pós Traumático, entre outras, e da segunda, a Psicologia Clínica, Neuropsicologia, Psicologia Geriátrica, Consultas de Grupo e Saúde Mental Comunitária, entre outras (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.8. Intervenção Domiciliária

Dentro das freguesias determinadas, efetua-se uma ação multidisciplinar que visa a promoção da saúde mental da comunidade local, efetuada pelas equipas de serviço domiciliário (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.9. Urgência

O Centro Hospitalar de Lisboa Central (S. José) assegura um serviço de urgência e as suas equipas pertencem à secção de Recursos Humanos do CHPL (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.10. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

É composto por quatro Unidades, independentes em termos de horários, sendo estas:

- ➔ Serviço de Psicologia Clínica e Psicoterapia;
- ➔ Unidade de Eletroconvulsoterapia;
- ➔ Unidade de Electroencefalografia;

➔ Unidade de Radiologia

(Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.1.11. Pavilhão 31

O Pavilhão 31 é bastante conhecido até do público em geral: nele se promovem e desenvolvem trabalhos artísticos por parte dos utentes, mas também por parte de artistas consagrados, portugueses e estrangeiros. A sua criação e manutenção têm como objetivo uma ação social a nível comunitário, onde se integra o universo artístico com a doença mental (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2015).

1.2. Cronograma do Projeto de Estágio

No início do projeto de estágio foram propostos objetivos, tanto específicos como gerais, com o intuito de chegar ao objetivo que se propunha no final.

Numa primeira etapa, realizou-se o conhecimento do pavilhão onde se iria decorrer o estágio, bem como os seus profissionais, e onde se pôde observar o funcionamento e o papel que o psicólogo desempenha.

Na segunda etapa, esclareceu-se a essência do estágio, ou seja, uma adaptação ao que a Instituição nos proporcionava de forma a encontrar-se um fio condutor para o objetivo final. Foram realizadas visitas aos outros pólos da Instituição, com o intuito de observar o papel que o psicólogo desempenha noutras áreas, analisar os utentes que vivem na comunidade, as suas reuniões semanais e o seu funcionamento, sendo enriquecedor pela sua partilha de ideias e de experiências vividas. Por último, nesta etapa, os estagiários fizeram uma apresentação à Orientadora sobre o Código Deontológico.

Na terceira e última etapa, assisti a consultas dadas pela Orientadora e por outras Psicólogas da Instituição, participei num grupo de intervenção psicoterapêutica - Grupo de Competências Sócio Emocionais - e realizei avaliações psicológicas, nomeadamente, Entrevista Clínica, aplicação e cotação de Testes Psicológicos.

O estágio teve início a 1 de Dezembro de 2014, retomando a 10 de Dezembro para a elaboração dos horários e terminou no dia 29 de Junho de 2015, voltando no dia

5 de Agosto para uma revisão dos casos com a orientadora de estágio e em Setembro para uma última sessão dos grupos de Competências Sócio Emocionais (com o objetivo de averiguar como é que os elementos tinham aprendido a ultrapassar as dificuldades no mês que não tiveram as sessões e quais as melhorias que notavam).

Inicialmente ficou proposto uma comparência de 3 a 4 vezes por semana, sendo no meu caso, as segundas-feiras à tarde (das 13h às 17h), terças, quintas e sextas-feiras de manhã (8h às 12h) porém, devido às horas que eram exigidas pela Universidade, os horários sofreram ligeiras alterações, passando a segundas-feiras ser o dia completo (das 8h às 17h) e terças, quartas, quintas e sextas-feiras de manhã (das 8h às 12h).

De seguida será apresentado o Cronograma com as atividades realizadas durante o estágio.

Tabela 1: Atividades realizadas durante o estágio académico nos primeiros 4 meses

Atividades Realizadas	Meses			
	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Apresentação no local de estágio				
Visita ao Centro Hospitalar				
Reunião com a Orientadora				
Observação de Consultas (Orientadora e outras Psicólogas)				
Apresentação do Código Deontológico				
Elaboração e Cotação de testes				
Jornadas de Psiquiatria do Hospital				
Reunião Grupo Competências Sócio				

Emocionais				
Reunião do Serviço de Psiquiatria				
Visita ao pavilhão da Terapia Ocupacional				
Reuniões nas casas inseridas no Hospital				
Reunião no Serviço de Psicogeriatria				

Legenda

	Iniciação do estágio acadêmico
	Observação durante o estágio
	Formação facultada na Instituição
	Atividades do estágio

Tabela 2: Atividades realizadas durante o estágio acadêmico nos últimos 4 meses

Atividades Realizadas	Meses			
	Abril	Maio	Junho	Julho
Planeamento das sessões dos grupos				
Início do Grupo de Competências Sócio Emocionais (2 grupos):				
➔ Competências Básicas;				
➔ Competências Complexas				
Reuniões nas casas				

inseridas no Hospital				
Cotação de testes				
Reunião com a Orientadora				
1º Caso Clínico				
Grupo dos Sem Abrigo				
2º Caso Clínico				
Esclarecimento de dúvidas dos casos				

Legenda

	Observação durante o estágio
	Formação facultada na Instituição
	Atividades do estágio

1.3. Papel do Psicólogo Clínico na Instituição

Os componentes que definem uma profissão são suscetíveis de transformações ao longo do tempo, o que confere às mesmas um carácter intrinsecamente dinâmico na sua constante interação com o contexto social, sendo que o trabalho do psicólogo se insere nesta regra geral (Achcar, Bastos, Bianco, Bonfim, Duran, Maluf, Nunes, Silva & Zanelli, 1994).

Em 1975, a instrução da Psicologia distancia-se ao ensino público, proporcionando a criação de um Curso Superior de Psicologia, e em 1980, a formação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (CHPL, 2009).

Entre 1970 a 1979, no CHPL, o total de casos correspondeu a um valor de 1394, sendo que em 1974, a amostra foi de 181 casos, em que 80% têm menos de quarenta anos, 64% são solteiros, 60% têm a quarta classe, 55% são do género masculino e 26% analfabetos. Apresentando uma maior frequência a pedidos de consulta externa, dominado os pedidos de diagnóstico diferencial, nomeadamente, as provas do estudo de processos cognitivos (CHPL, 2009).

Na década de 80 decorreu uma diversificação, aos quais dos cinco psicólogos que compunham o SCPC, quatro dos quais foram colocados em equipas dos setores e posteriormente contratados mais dez, a meio tempo, possibilitando a primeira Unidade de Neuropsicologia (CHPL, 2009).

Nos anos de 1980 a 1989, o número de casos quadruplicou, para 5126, apresentando em 1983, um total de 425 casos, onde 75% têm menos de quarenta anos, 66% são do género masculino, 55% são solteiros, 42% têm a quarta classe, 14% são analfabetos e 5,7% possuem formação universitária. Os pedidos continuam a ser por parte da consulta externa, porém outros recaem na colaboração de outros serviços particularizados em saúde; desenvolvem-se intervenções psicoterapêuticas, que são moldadas ao contexto institucional, apresentando um programa, uma supervisão e uma avaliação anual (CHPL, 2009).

Concisamente, os sessenta anos de Psicologia Clínica no CHPL foram delimitados por mudanças, sendo adaptadas à prática da realidade social, como serviço público, estando sempre presente a identidade profissional e o rigor científico (CHPL, 2009).

Estes estudos permitem que na década de 90 exista uma consolidação na necessidade da prevenção e promoção da saúde mental, passa-se a responder aos pedidos de forma individual, pedidos pelos médicos de família (CHPL, 2009).

Martín-Baró (1996) também concorda que o trabalho profissional de um psicólogo é definido de acordo com as circunstâncias da população a que atende.

De acordo com a instituição onde estagiei, os estagiários poderiam optar por realizar o seu trabalho na área de Psiquiatria, Psicologia Clínica e Psicoterapia, Psicologia Forense, entre outros. No meu caso elegi a Psicologia Clínica e Psicoterapia, visto que o meu trabalho iria ser mais variado.

O modo de funcionamento na Instituição passa por um sumariado em intervenções externas (ADSE, ARS) e internas, assistência ambulatoria, cuidados primários (pacientes que vêm de outros Hospitais e pedidos de outras instituições), alguns internos (mais casos de stress pós traumático) e os grupos (avaliação psicológica, intervenções e apoio psicológico).

No serviço onde estava inserida exerciam as suas funções vários psicólogos em distintas situações: sete a tempo inteiro, um apenas uma vez por semana, e outro quatro vezes por semana. A formação do estagiário é acompanhada de uma supervisão por parte destes profissionais, tanto académica, como profissional, o que conduz ao

desenvolvimento de conhecimentos sobre as técnicas de intervenção na população em questão, sendo maioritariamente adulta nesta instituição.

Neste serviço o papel do psicólogo passa por reuniões de equipa, que se realizam uma vez por semana, de organização e gestão de serviço, irregularmente também de discussão clínica; os grupos realizam também acompanhamentos e/ou consultas, desempenham funções de terapeuta, efetuam avaliações psicológicas e coordenam atividades.

Facilitam ao estagiário um acompanhamento/observação das atividades que as psicólogas desempenham, principalmente nos grupos psicoterapeutas, em que pode participar, ativa e passivamente com os pacientes; propõem uma visita aos diversos pavilhões, de forma a podermos observar as suas dinâmicas profissionais em diferentes contextos, pois o trabalho passa por reuniões de organização de serviço, reuniões clínicas, formação interna ou no Hospital (Workshops, Eventos e Jornadas), áreas de investigação (ligada à avaliação prática – fazer a avaliação dos protocolos clínicos, poder introduzir correções; participação em júris de concursos da Psicologia Clínica – participação em comissões do CHPL, como por exemplo a Comissão de Ética).

1.4. Enquadramento Teórico

Nesta etapa inclui-se uma revisão literária científica relativa às problemáticas experienciadas no decorrer do estágio.

1.4.1. Psicologia Clínica e Psicoterapia

Inúmeros são os aspetos que marcaram a origem da Psicologia Clínica, começando pela etimologia do termo *clínica*, que significa *à beira do leito*, percebendo assim a influência do modelo médico nesta área, apesar do campo de atuação do psicólogo, ser a compreensão e o tratamento da doença (Dutra, 2004).

Desde os finais do século XIX, que a expressão *psicologia clínica* tem sido utilizada, nomeadamente por profissionais da área, o que significa por um lado que o psicólogo clínico tem sido percebido como aquele que presta um serviço direto (Leal, 2011).

Segundo Bock (1995), o psicólogo é um profissional que deve exercer a sua profissão de forma a promover a saúde nas suas diferentes atividades profissionais, bem como na orientação profissional (Freitas, Noronha & Ottati, 2003).

A Psicologia Clínica pode contribuir através de uma reflexão atenta sobre os obstáculos epistemológicos, constituindo a natureza complexa da subjetividade a grande dificuldade (Neubern, 2001).

O campo da clínica traz a questão sobre o que é o fenómeno psicológico, o mundo interno ou a subjetividade, sendo esta referenciada à nomeação da dimensão do objeto nesse campo de atuação (Dutra, 2004).

Esta área tem tendência para homogeneizar as pessoas, e ter perspetivas semelhantes sobre os problemas ou formas de terapia, o que pode levar a consequências graves, que se encontram especialmente ligadas à exclusão da subjetividade (Neubern, 2001).

Clinicamente o acesso à situação do paciente é feito de duas formas, direta e indiretamente. No caso da Psicologia Clínica é feito de forma indireta, pois é o paciente que precisa de relatar o que sente, dar uma descrição do que vivencia e do que constata (Costa & Longhi, 2011).

A entrevista clínica é entendida como uma relação profissional e formal, de interação direta, prestada ao entrevistado (Leal, 2011).

Segundo Bénony e Chahraoui (2002), “a entrevista clínica é, em si mesma, o paradigma do trabalho do psicólogo clínico” (p.17). (citado por Leal, 2011).

Os psicólogos que têm uma perspectiva mais instrumental em relação à entrevista clínica, consideram os resultados obtidos através da aplicação de provas psicológicas um epíteto clínico (Leal, 2011).

Para Figueiredo (1995) a conceção da clínica passa pelo espaço da escuta do excluído, do interditado, tentando assim resolver a sua demanda (citado por Dutra, 2004).

A tendência da Psicologia Clínica está muito próxima da Psiquiatria e da Psicopatologia, o que levou a uma situação descrita como de pertença a uma área designada como Saúde Mental. Esta questão alimentou uma confusão entre limites de intervenção e competências de diferentes técnicos, inicialmente entre psicólogos clínicos e psiquiatras, passando depois também aos psicoterapeutas (Leal, 2011).

A Psicoterapia, como o nome indica, é um tratamento que é realizado por meios psicológicos. Todas as psicoterapias têm como objetivo final diminuir o sofrimento humano, porém, as teorias metodológicas e as técnicas que utilizam para chegar a este objetivo são bastante diferentes (Leal, 2005).

A função terapêutica é exercida de forma particular e pontual, colaborativa a uma relação afetiva pré-estabelecida, ou a uma relação de outro tipo, que é investida num determinado momento sendo suficiente para desempenhar um papel catártico, tranquilizante, sugestivo, clarificador, etc. Nesta função aproveita-se o que existe, de forma imaginária ou real, sendo usada no momento necessário para corrigir dificuldades ou até mesmo ajudar a resolver problemas que foram surgindo (Leal, 2005).

Esta área é promovida por um psicoterapeuta que obedece a critérios estáveis e técnicos. Existe uma intencionalidade que é consciente e deliberada do psicoterapeuta na construção do projeto psicoterapêutico, fundamentada em regras de conduta deontológica e técnica, e em saberes específicos (Leal, 2005).

As maiorias das psicoterapias atuais são baseadas em teorias de comportamento do processo/funcionamento psicológico. Preocupam-se com aspetos facilitadores da mudança, promovendo-a, no caso de um contexto de relação, os psicoterapeutas apoiam a capacidade dos sujeitos terem de se integrar afetiva ou cognitivamente em novas perspetivas (Leal, 2011).

A relação nesta área diverge da psicologia clínica, pois a relação é formal e temporalmente limitada, ou seja, decorre em tempo e espaço acordado, centrando-se na problemática que é relatada pelo paciente, sendo uma relação maioritariamente unilateral (Leal, 2005).

1.4.2. Perturbações da Personalidade

Segundo Ribeiro (2010), ultimamente, e no âmbito da investigação da patologia da personalidade, observa-se um aumento na produção de instrumentos com o intuito de avaliar a perturbação da personalidade, ao nível das dimensões e de traços de personalidade considerados não adaptativos.

O reconhecimento da relevância clínica das perturbações da personalidade possibilitou o desenvolvimento da taxonomia das perturbações levando a uma medida de avaliação de cada um dos critérios presentes no *Diagnostic and Statistical Manual* (doravante designado por DSM) que definiam este tipo de patologia (Ribeiro, 2010).

Por norma, quando as perturbações de personalidade são diagnosticadas consoante os critérios do DSM, obtêm-se inúmeros diagnósticos, estando os profissionais clínicos de acordo em atribuir a um determinado paciente somente um (Ribeiro, 2010).

A perturbação da personalidade passa a ser caracterizada por um desvio que aparenta uma longa duração em relação a um padrão cultural, e que se generaliza a várias propriedades de funcionamento, levando a dificultar o relacionamento de uma pessoa com os outros e até consigo própria (Ribeiro, 2010); porém, a solução para os transtornos de personalidade em adultos faz-se através de investigações extensas e que despendem muito tempo (CID-10, 1993).

As alterações de personalidade e/ou de comportamento podem ser consideradas uma alteração residual ou concomitante de doença. São caracterizadas por uma alteração de forma significativa dos padrões considerados habituais de comportamento pré-mórbido e afetam a expressão de emoções, impulsos e necessidades. As funções cognitivas podem mostrar-se implicadas nos segmentos de planeamento e de antecipação das consequências pessoais e sociais (CID-10, 1993).

Outros autores esclarecem as diferenças de género nas perturbações mentais, através de características personalísticas como fatores predisponentes, sendo exemplos a impulsividade, a desinibição, a introversão, o neuroticismo, no caso dos pacientes femininos, e a procura de sensações, no caso dos doentes masculinos (Pereira & Rabasquinho, 2007).

Segundo DSM-5, as Perturbações da Personalidade seguem um determinado padrão:

- A- Padrão persistente de experiência interna e de comportamento que se desvia do esperado da cultura do indivíduo, sendo manifestado por dois ou mais dos seguintes critérios:
 - 1- Cognição, forma de percepção e interpretação de si mesmo, dos acontecimentos ou dos outros;
 - 2- Afetividade, intensidade, variedade, adequação da resposta emocional;
 - 3- Funcionamento interpessoal;
 - 4- Controlo dos impulsos
- B- O padrão é inflexível e visto de forma global nas diversas situações sociais e pessoais.
- C- Origina mal-estar clinicamente ou défice no processo ocupacional, social, entre outras áreas;
- D- É estável, com uma longa duração, sendo o seu início no tardar da adolescência ou no primórdio da idade adulta;
- E- Deixa de ser explicado como manifestação ou consequência derivada de outra perturbação mental;
- F- Não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância de forma direta ou a outra condição médica.

(DSM-5, 2015).

De acordo com um estudo realizado por Blackburn *et al* (2004), utilizando um questionário de Diagnóstico da Personalidade (apoiando-se no exame Internacional dos Transtornos da Personalidade e no MCMI-II) fizeram uma avaliação de 156 homens que apresentavam distúrbios psiquiátricos. Concluiu-se a existência de uma convergência para o diagnóstico do transtorno de esquizoide, antissocial e esquizoide, mas pouca concordância para o transtorno narcisista, histriónico e obsessivo-compulsivo (Nunes, Nunes & Hutz, 2006).

Segundo os mesmos autores, o método de entrevista não discrimina de uma forma melhor do que o teste objetivo, sublinhando o facto de métodos distintos serem diferencialmente sensíveis para os diversos tipos de transtorno da personalidade (Nunes, Nunes & Hutz, 2006).

1.4.2.1. Perturbação Bipolar

O transtorno bipolar é marcado por alterações de humor, com retorno de episódios maníacos e depressivos ao longo da vida (Michelon & Vallada, 2005), ou seja, a doença bipolar é representada por uma moldura grave crónica e recorrente, que constitui um problema de saúde acrescido, bem como um elevado peso económico como os aumentos nas taxas de mortalidade (Colom & Vieta, 2004), sem mencionar os incómodos para os familiares.

Tsuchiya et al. (2003) realizaram uma pesquisa sobre a possível associação entre o transtorno bipolar e distintos fatores: demográficos, sociais, relacionados com o nascimento e com antecedentes familiares. Os resultados apuraram que há uma associação positiva para as condições económicas desfavoráveis, tais como: o estado civil de solteiro, diminutos rendimentos e desemprego. Por seu lado Michelon & Vallada (2005) indiciam ainda que o género feminino apresenta risco nos primeiros três meses do pós-parto. Os mesmos autores afirmam também que, apesar de não haver dados conclusivos, o fator mais significativo associado ao desenvolvimento deste transtorno é a história familiar positiva, remetendo aos fatores genéticos, o que sugere a interação gene-ambiente, sendo imprescindível para a expressão de um fenótipo comportamental.

Um programa criado em Barcelona - Programa de Transtornos Bipolares - demonstrou a eficácia da área da psicoeducação grupal na prevenção dos tipos de episódios bipolares, (maníacos ou hipomaníacos, depressivos e mistos) e consequentemente no aumento de tempo até ao recaimento no acompanhamento por dois anos (Colom & Vieta, 2004).

Em relação ao episódio maníaco, que pode ser seguido de episódios hipomaníacos ou depressivos major, e para o diagnóstico desta perturbação é necessário o preenchimento dos seguintes critérios (DSM-5, 2015):

Episódio Maníaco

- ➔ Humor anormal, expansivo ou irritável, com uma atividade dirigida a objetivos anormais, com uma persistência aumentada, apresenta uma duração de pelo menos uma semana, presente quase todos os dias;
- ➔ No período de alteração do humor é notório uma mudança do comportamento habitual, seguindo três ou mais dos seguintes sintomas:
 - 1 – Autoestima elevada;

- 2- Pouca necessidade em dormir;
- 3- Mais conversador que o habitual;
- 4-Fugas de ideias;
- 5-Distratibilidade;
- 6-Agitação psicomotora;
- 7-Envolvimento excessivo em coisas com consequências negativas;
- ➔ Alteração do humor caracterizado por uma variação no funcionamento da pessoa a nível social;
- ➔ O sucedido não pode ser direcionado a efeitos físicos ou a substâncias.

(DSM-5, 2015).

Este episódio afeta o humor e as suas funções vegetativas, tais como o sono, a cognição, o nível de energia e a psicomotricidade. O discurso da pessoa é caracterizado por uma pressão para falar, tendencialmente marcado por prolixidade e tangencialidade. A maior dificuldade de diagnóstico prende-se com episódios marcados por irritabilidade, ideias paranóides e delirantes, sintomas depressivos sublinhados por labilidade afetiva e agitação psicomotora (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005).

Episódio Hipomaníaco

- ➔ Humor anormal irritável ou expansivo, num período distinto, com duração de pelo menos quatro dias seguidos;
- ➔ Durante esta alteração, o elevado aumento da atividade inclui no mínimo três dos sintomas abaixo descritos, o que representa uma diferença nos hábitos, em grau significativo:
 - 1- Grandiosidade;
 - 2- Abreviar a necessidade de dormir;
 - 3- Mais conversador;
 - 4- Fuga de ideias;
 - 5- Distratibilidade;
 - 6- Agitação Psicomotora;
 - 7- Envolvimento excessivo em coisas com consequências negativas
- ➔ Mudança inequívoca do funcionamento;
- ➔ A alteração no funcionamento e a perturbação do humor são perceptíveis aos outros;

- ➔ O episódio não é grave o suficiente para provocar um défice. Se houverem características psicóticas, o episódio é maníaco, por definição;
- ➔ Não se atribui o episódio a efeitos fisiológicos.

(DSM-5, 2015)

Este episódio é semelhante ao anteriormente mencionado da mania, mas mais leve, não apresentando sintomas psicóticos, nem requerendo uma hospitalização. Desta forma, é breve, podendo ter a duração inferior a uma semana, e o prejuízo para a pessoa não aparenta ser tão intenso como no caso da mania (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005).

Episódio Depressivo Major

Nesta perturbação estão presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas, por um período de duas semanas, sendo que pelo menos um dos sintomas é o humor depressivo ou a perda de interesse ou prazer.

- 1- A maior parte do dia apresenta humor depressivo, perceptível pelo sujeito ou pela observação de outros. Nos adolescentes verifica-se um humor que pode ser irritável;
- 2- Diminuição do interesse pela maioria das atividades, na maior parte do dia ou em quase todos os dias;
- 3- Perda ou aumento de peso significativo;
- 4- Hipersónia ou Insónia quase todos os dias;
- 5- Lentificação psicomotora ou agitação;
- 6- Perda de energia ou fadiga;
- 7- Sentimentos de desvalorização ou de culpa inapropriada ou excessiva;
- 8- Pouca capacidade de se concentrar ou pensar;
- 9- Pensamentos constantes acerca da morte.

Estes sintomas proporcionam mal-estar clinicamente ou défice no funcionamento ocupacional ou social; mais uma vez, estes episódios não se atribuem a efeitos fisiológicos de uma substância (DSM-5, 2015).

1.4.2.2. Perturbação Depressiva

A Depressão é um das adversidades mais graves no que respeita à saúde pública. Desde a década de 90 do século passado que se tornou imperioso reconhecer o peso da

patologia mental, tanto para a pessoa como para a comunidade, bem como em termos de comparação com outras patologias (Almeida, Bento, Gusmão, Heitor & Xavier, 2005).

A perturbação da personalidade é constituída por uma base que remete para o surgimento de outras perturbações consideradas menos duradouras, ou seja, que produzem um grau de vulnerabilidade a patologias de depressão e ansiedade (Ribeiro, 2010).

Os aspetos biológicos da sintomatologia depressiva apontam para um défice funcional de dois neurotransmissores, a serotonina e a noradrenalina. Existe uma alteração do humor, disfonia, podendo ser súbita ou passageira, porém não é suficiente para determinar um transtorno depressivo (Negreiros & Santana, 2008).

A frequência realizada, de uma forma global em relação aos transtornos de humor a pacientes que se encontram internados no hospital depende da população a que é proposto o estudo e varia entre 20% a 60% (Bio, Botega, Garcia, Pereira & Zomignani, 1995), verificando-se um acréscimo que oscila entre valores de quatro a vinte novos casos por cada mil residentes ao ano, relativamente à incidência da doença nos últimos anos (Almeida, Bento, Gusmão, Heitor & Xavier, 2005).

No âmbito desta patologia, e no que diz respeito à história pessoal ou familiar positiva, o risco de se desenvolver um novo episódio depressivo é de duas a três vezes superior, sendo mais frequente em mulheres do que em homens (Almeida, Bento, Gusmão, Heitor & Xavier, 2005), e consiste na alteração do estado de humor, de forma recorrente e episódica, levando a pessoa a uma falta de interesse e de prazer, excesso de cansaço e um decréscimo do ritmo das atividades diárias (Negreiros & Santana, 2008).

O risco para a sua desenvoltura é superior em pessoas divorciadas, separadas ou viúvas, pois está relacionado com acontecimentos de vida negativos, sentimentos esses de humilhação ou de perda, ou até mesmo quando houve uma privação precoce parental (Almeida, Bento, Gusmão, Heitor & Xavier, 2005).

Em relação ao risco de suicídio nestes doentes, que chega a ser superior ao da população em termos gerais, cerca de 4% do total de pacientes deprimidos morre por suicídio, e cerca de 15% a 20% dos pacientes gravemente deprimidos põe um fim à vida (Almeida, Bento, Gusmão, Heitor & Xavier, 2005).

O que difere mais frequentemente entre episódios de elevação de humor e de depressão, é a variabilidade de sintomas que ocorrem durante o dia (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005).

De acordo com o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) pode-se observar os seguintes sintomas:

- 1- Atenção e concentração reduzida;
- 2- Limitação da Auto estima e auto confiança da pessoa;
- 3- Sentimentos de irritabilidade e culpabilidade;
- 4- Ideias pessimistas em relação ao futuro;
- 5- Ideias/Atos auto lesivos;
- 6- Diminuição do apetite;
- 7- Alteração do sono.

(Negreiros & Santana, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 1993, o diagnóstico abrange uma gradação dos episódios em moderado, leve e grave; estas categorias avaliam a pessoa vinculada com base em atividades laborais e sociais (Negreiros & Santana, 2008).

1.4.3. Consumo e abuso no seio familiar

A adolescência é um período marcado pela transição entre a infância e a vida adulta, o que se caracteriza por uma procura da auto afirmação e da própria independência individual, por uma necessidade de integração social, para além de uma consolidação da sua identidade sexual (Oliveira & Wagner, 2007).

Considera-se que um adolescente se encontra numa situação de risco quando o seu desenvolvimento não decorre da forma que é esperada para a sua faixa etária e de acordo com os parâmetros da sua cultura (Hutz, 2002).

No que diz respeito aos transtornos por uso de substâncias, denominados deficits em habilidades sociais, podem-se apresentar sob a forma de obstáculos específicos e de reduzidas habilidades sociais, como uma forma de enfrentar situações de risco à auto estima e resolução de contrariedades (Oliveira & Wagner, 2009).

O risco pode ser considerado físico, nomeadamente doenças genéticas, problemas de nutrição, etc., ou social, tais como um ambiente violento, drogas, ou ainda psicológico, onde se inserem os efeitos de abuso, de exploração e de negligência (Hutz, 2002).

Segundo Kumpfer e Alvarado (s.d.), as famílias que possuem fortes laços afetivos são essenciais para a prevenção de comportamentos antissociais na adolescência (citado por (Brasiliano, Guimarães, Hochgraf & Ingberman, 2009).

O abuso sexual é caracterizado por uma assimetria decisória para a condição de abuso de um sujeito para com o outro, tendo o agressor a convicção de possuir um desenvolvimento físico ou psíquico superior ao da sua vítima (Alberto & Lima, 2010).

Na literatura, os dados encontrados revelam que o gênero feminino é o mais vitimizado, e que as causas residem em aspetos sócio históricos e dimensões androcêtricas (Alberto & Lima, 2010), sendo o gênero um fator preponderante na existência de violência familiar, interpessoal e social, pois a predominância da categoria do gênero articula-se com as categorias de raça/etnia e de classe (Araújo, 2002).

O apoio familiar torna-se num fator imprescindível para a orientação da situação vivida pela pessoa (Alberto & Lima, 2010) podendo ser decisivo.

Parte II – Atividades desempenhadas no Estágio

Nesta parte serão apresentadas todas as atividades realizadas durante o estágio e por final duas avaliações psicológicas.

2.1. Trabalho de Estágio

2.1.1. *Psicologia Clínica e Psicoterapia (pavilhão 15)*

A maior parte do meu trabalho foi realizada nesta unidade, onde inicialmente fizemos uma visita às instalações, conhecemos os seus profissionais e os seus gabinetes de trabalho, as respetivas salas, ou seja, a “sala grande” (assim denominada), que continha manuais sobre os testes de avaliação mais utilizados, bem como manuais de auxílio sobre os mais variados temas.

Outra sala dispunha de testes para aplicar aos pacientes e bem como todos os ficheiros dos mesmos, estando estes organizados pelo ano e número do processo (sendo de fácil acesso para encontrar o que pretendíamos). Realizámos uma apresentação sobre o tema Código Deontológico, fizemos observações de pacientes com a Orientadora e outras Psicólogas da unidade e, por fim, as consultas e avaliações psicológicas.

2.1.2. *Grupo de Competências Sócio Emocionais (pavilhão 15)*

A Psicoterapia de grupo constitui-se como uma parte maioritária das intervenções psicoterapêuticas, começando a ser valorizada como uma hipótese de ganho acrescido, visto que nenhuma psicoterapia individual o conseguiria permitir (Leal, 2005).

Os grupos psicoterapêuticos devem ser problematizados de acordo com a sua complexidade e interdependência com a instituição e constituindo a realidade social em que os mesmos estão inseridos (Cardoso & Seminotti, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a competência psicossocial é percebida como a habilidade do indivíduo para saber combater, de forma efetiva, os desafios e as exigências do dia-a-dia. As habilidades proporcionam uma manutenção do bem-estar mental, sendo consequência a capacidade de adaptação e o comportamento saudável na socialização com as outras pessoas (Marinho & Sancho, 2014).

A OMS identifica cinco competências de vida consideradas básicas indispensáveis à cultura do indivíduo: o tomar a decisão e posteriormente resolver o

problema, o pensamento criativo e crítico, as competências interpessoais e de comunicação, a empatia e o auto conceito e a gestão do stress e das emoções. O TCS (Treino das Competências Sociais), inicialmente começou por ser aplicado na intervenção das áreas das perturbações psiquiátricas. Atualmente, o seu campo de ação alargou-se para as áreas de contexto escolar, social, saúde rimaria, trabalho, etc., bem como para as etapas do ciclo de vida, tanto numa perspetiva educacional como preventiva (Marinho & Sancho, 2014).

O trabalho com grupos terapêuticos sempre cativou os responsáveis de instituições e serviços, quer pelas indicações clínicas desta intervenção, quer pela hipótese de rentabilizarem recursos financeiros, físicos e humanos (Rebelo, 2007).

Este trabalho de grupo permite desenraizar as crenças de que os “nossos” problemas são imutáveis e únicos, descobrindo assim com os novos elementos pontos em comum e diminuindo o isolamento, instalando-se a interação social, a aprendizagem e a aceitação (Rebelo, 2007).

O grupo psicoterapêutico não é visto como uma terapia individual em grupo, mas uma terapia através do grupo, que é construído como um coletivo supondo a sua própria construção e as suas transformações (Costa-Rosa & Pratta, 2011).

Na unidade de Psicologia Clínica e Psicoterapia são criados grupos diversificados para os diversos utentes; no meu caso ingressei no grupo de competências sócio emocionais, sendo este dividido em dois outros grupos, um para competências básicas, em que os pacientes sentiam dificuldades em falar com desconhecidos (por exemplo: ir ao café, cumprimentar e fazer o seu pedido), e o outro de competências secundárias, em que a dificuldade central era negar qualquer coisa, dizer não, ou aceitar uma crítica, mesmo sendo positiva, entre outros.

No que diz respeito à metodologia de intervenção, a origem dos pedidos advinha tanto dos utentes da consulta do Serviço de Psicologia Clínica e Psicoterapia, como de utentes de outros serviços do CHPL e utentes oriundos da ARS.

A metodologia de seleção era realizada conforme uma entrevista de avaliação de motivação, de forma a ingressar no grupo. Os critérios de admissão focaram-se em doentes de ambos os géneros mas, com uma idade igual ou superior a dezoito anos, possuindo os mesmos, diferentes quadros clínicos e apresentando défices ao nível das competências sociais.

O grupo que ingressei era fechado, havia uma periodicidade semanal, sendo esta em dia e horas fixas (segundas e quartas-feiras de manhã), com a duração de noventa minutos.

As sessões eram programadas, tendo margem de flexibilidade, em função das necessidades que surgiam nas sessões e, que posteriormente foram ajustadas ao grupo. O plano de sessão recorria a metodologias ativas, tais como:

- ➔ Diálogo inicial em grupo (os elementos verbalizam sobre como correu a semana e quais os aspetos positivos e dificuldades presenciadas; momento onde se discutia a aplicação na vida diária das situações que eram tratadas nas sessões anteriores);
- ➔ Jogos de cooperação (exercícios psicoterapêuticos que proporcionam o “quebra-gelo” inicial; promovem a entreajuda e a fomentar a coesão de grupo);
- ➔ Conteúdos do programa (são construídos de acordo com metodologias, ou seja, discussão em grupo, técnicas de dramatização, técnicas de trabalho de grupo – jogos simbólicos e de personagens – e reestruturação cognitiva);
- ➔ Técnicas de gestão da ansiedade (relaxamento e treino da atenção plena, *mindfulness*);
- ➔ Diálogo final (em que todas as sessões terminavam com um debate sobre a mesma);
- ➔ Tarefas inter-sessões (tarefas que tinham como objetivo criar um fio condutor entre sessões, de forma a transferir o trabalho realizado na sessão para a vivência do dia-a-dia)

Desempenhei tanto um papel ativo como passivo: por vezes ficava só a observar o comportamento e interação dos pacientes às atividades propostas (passivo) e noutras situações integrava as atividades com os pacientes (ativo). Juntamente com duas psicólogas/psicoterapeutas, planeávamos as sessões para todas as segundas e quartas-feiras de manhã, tendo elas sido bastante acessíveis e cooperativas comigo, pois permitiram a minha contribuição, com ideias para atividades das sessões, sendo algumas utilizadas e bem recebidas.

2.1.3. Pavilhões do Hospital

O crescimento da Psiquiatria é marcado pelas investigações nas áreas de Neurociências e Psicologia Clínica (Afonso, Figueira & Sampaio, 2014).

O objeto de estudo e de intervenção foi deslocado da doença para a saúde, da pessoa para o grupo e a comunidade, do tratamento para a prevenção e do técnico para a equipa, passando a dar-se importância à interação de fatores de risco, a uma necessidade cuidadosa da observação dos factos, à categorização de fatores na problemática da doença/saúde e à seleção do nível de intervenção mais eficaz (Cordeiro, 2009).

A Terapia Ocupacional proporcionou uma procura de referências teóricas mais complexa, dinâmica e histórica de forma a perceber-se o paciente como um ser social inserido num processo cultural e não como uma soma de partes fragmentadas. O terapeuta ocupacional realiza uma revisão dos seus princípios e procura suportes teóricos para levar a bom porto a sua missão em distintas áreas de conhecimento como a filosofia e a sociologia (Barros, Ghirardi & Lopes, 2002).

A intervenção da Terapia Ocupacional tem diferentes amplitudes, desde o uso de tecnologia assistida, à possibilidade de ação dinâmica de grupos, à análise das atividades, e a sua facilitação para uma vida prática e diária e à introdução de uma alternativa da comunicação, entre outras (Luiz, Rocha & Zulian, 2003).

Durante o estágio foi-me proposto realizar visitas aos diferentes pólos do Hospital, podendo assim observar o trabalho realizado nas diversas áreas, tais como, Psiquiatria, Terapia Ocupacional, reuniões semanais nas residências que integram a unidade hospitalar e onde os pacientes estão inseridos, bem como participar numa reunião dos sem-abrigo e assistir às Jornadas de Psicologia.

Foi uma parte do estágio bastante enriquecedora pois estive em contacto com outros profissionais, podemos observar e acompanhar o trabalho realizado pelos pacientes na Terapia Ocupacional (como quadros, móveis, pinturas etc.); nas residências assistimos ao executar dos deveres domiciliários (cada um tem a sua função) e na Psiquiatria, além das tarefas, informarmo-nos como a semana tinha corrido e se tiveram visitas dos familiares.

2.2. Trabalho de Estágio - Avaliações Psicológicas

Segundo Pasquali (2001), deu-se um crescimento na necessidade de avaliar domínios psicológicos, de uma forma particularizada, e para que os profissionais possam tomar decisões adequadas (Ambiel, Noronha & Nunes, 2007); estes autores afirmam que a avaliação psicológica representa uma relevante parte na atuação profissional dos psicólogos, através do uso de técnicas privativas e instrumentos do psicólogo.

Entre as atividades de avaliação psicológica que podemos focalizar no confronto de doenças, comportamentos de saúde, qualidade de vida e estados emocionais, fazem parte a anamnese, a avaliação cognitiva e comportamental, de personalidade, da qualidade de vida, estudos epidemiológicos, avaliações psicofisiológicas, entre outras (Teixeira, 2004).

Quando se discute os fundamentos da avaliação psicológica, deve-se atender à diversidade de classes de pensamento, que se encontram subjacentes às práticas de diversos grupos (Primi, 2010).

Os problemas relativos a esta área incluem a precária formação dos profissionais, a falta de consenso sobre como deve ser realizada a formação de um psicólogo, o uso inadequado de instrumentos psicológicos e como estes instrumentos se encontram desatualizados (Fagan, Noronha & Padilha, 2007).

Nesta dimensão, foram realizadas duas avaliações psicológicas. A primeira consistiu na aplicação de provas como a Figura Humana, a Figura Complexa de Rey, o Teste da Árvore, o MMPI, o MCMI II, o Rorschach e, por fim, o Teste de Frustração de Rosenzweig. No decorrer da avaliação o paciente H mostrou-se colaborativo, quer na recolha de dados da sua biografia, apresentando sempre um discurso fluente, mesmo quando inquieto, durante a realização das provas aplicadas referidas acima, e apesar da lentidão na sua execução.

Na Instituição o Teste da árvore e da Figura Humana não são cotado, apenas se pede para o paciente os desenhar para observarmos a proporção do desenho e verificarmos se apresenta todos os elementos.

O Teste da Figura Complexa de Rey é um teste psicológico muito utilizado que permite avaliar as aptidões de organização visuo-espacial, de desenvolvimento de estratégias e de planeamento, bem como a respetiva memória (Jamus & Mäder, 2005).

O Teste MMPI é um teste bastante empregado em contexto clínico e pretende avaliar os traços de personalidade e da psicopatologia clínica (Figueiredo, 2012); esta medida de avaliação pode ser realizada de uma forma individual ou em grupo (Cunha, 2007).

No que diz respeito ao MCMI II distingue-se dos outros inventários pela sua fundamentação teórica, esquema de validação, estrutura multiaxial e pela brevidade da sua aplicação, bem como a interpretação e análise dos dados (Alchieri, Alencar, Rocha, Sales & Sousa, 2011).

O teste de Rorschach é um instrumento que tem uma longa aplicação na prática clínica, sendo uma eficaz ferramenta na avaliação. Consiste em mostrar ao paciente cartões em que há manchas de tinta, permitindo assim estudar a imaginação e determinar um diagnóstico psicológico da personalidade patológica ou normal de uma criança, adolescente e adulto (Chabert, 2003).

O Teste de Frustração de Rosenzweig é um instrumento projetivo que consiste em 24 desenhos, em que cada um representa uma situação de frustração que envolve duas pessoas e desenvolve-se da seguinte forma: em cada desenho percebe-se uma conversação, estando apenas preenchida uma das falas, o objetivo é o paciente preencher a outra num contexto de uma situação frustrante (Moura & Pasquali, 2006).

Numa forma objetiva, o teste articula o estudo em duas dimensões: a primeira, as reações às respetivas situações de frustração e/ou stress e a segunda, à agressividade. Através de um conhecimento prático, o teste permite um diagnóstico apurado para a seleção profissional (Castro & Detry, 1990).

No que diz respeito ao segundo caso avaliado, ao paciente M foram aplicadas as provas Figura Humana, o Teste da Árvore, a Figura Complexa de Rey, o Teste de Toulouse-Piéron, a WAIS-R, o SCL-90-R e por fim o Rorschach, com o intuito de esclarecer se M tem condições para manter uma atividade profissional que seja considerada regular e consistente. Mostrou-se cooperativo com a recolha de dados, mesmo não se lembrando de alguns detalhes da sua vida. Apenas a lentidão do seu desempenho nas provas lhe permitiu manter a atenção, observando-se uma dificuldade em manter um esforço prolongado.

O Teste Toulouse-Piéron é um teste psicológico que permite avaliar a atenção e concentração; consiste numa folha A4 onde estão impressas quarenta linhas com quarenta quadrados, nos quais o traço pode estar orientado para várias direções. O teste pretende avaliar as capacidades de exatidão atencional, velocidade atencional e resistência à fadiga atencional (Santos, 2009).

O teste SCL-90-R é uma ferramenta de avaliação clínica composto por 90 itens de sintomas psicopatológicos em nove dimensões primárias, tais como, Somatização, Depressão, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Hostilidade, Psicoticismo e Ideação Paranóide (Cyr, McKenna-Foley & Peacock, 2010), sendo um teste que pode ser aplicado a pacientes que não se encontrem perturbados emocionalmente (Martins, 2011).

Em 1982 Silverstein propôs duas composições diferentes para o Teste da WAIS-R, que consubstancia uma escala de inteligência para adultos: a primeira, composta pelos subtestes Cubos e Vocabulário, e outra, composta por Vocabulário, Cubos, Aritmética e Arranjo de Figuras (Coutinho, 2010).

2.3. Apresentação dos dois Casos Clínicos

Introduzo agora o relato dos casos que acompanhei nas consultas, descrevendo a sua história clínica, a avaliação psicológica, a sua discussão e, por fim, uma reflexão pessoal.

Devido à política do próprio Hospital não foi possível gravar as sessões das consultas, como tal, é feita uma breve síntese de cada uma.

2.3.1. Estudo de caso H

H., é um homem de 23 anos que foi encaminhado pelo psiquiatra para realização de uma avaliação de personalidade. Tem nacionalidade portuguesa, é natural do concelho de Mafra, é solteiro, tem uma irmã mais nova de outra relação conjugal dos pais, fez a escolaridade até ao 12º ano na idade natural e neste momento encontra-se desempregado.

No que diz respeito a termos físicos, apresenta uma estatura média, cabelos castanhos e olhos claros.

Apresenta uma imagem cuidada e boa higiene, mas não se encontra no seu peso ideal, tendo excesso de peso, situação que é igualmente reconhecida por ele.

Refere um episódio de consumo de substâncias psicotrópicas em 2013, o que o conduziu à urgência psiquiátrica, ficando proposto o internamento, que não foi autorizado pelo seu padrasto.

Pedido

O pedido é feito pelo seu médico psiquiatra de forma a fazer-se uma avaliação psicológica para clarificar o funcionamento da sua personalidade.

Dados da 1ª Consulta

Para se efetuarem avaliações no Hospital é feita previamente uma consulta, tendo esta decorrido a 30 de Abril, durante a qual se explica ao paciente todo o processo

de avaliação e a importância da recolha de dados biográficos. Foi também esclarecido ao doente que, apesar da consulta ser encaminhada para a Orientadora, seria a estagiária a fazê-la, não tendo havido recusa.

Na primeira consulta H. mostrou-se apresentável, com uma imagem cuidada, vestindo uma suéter e calças de ganga. No início da entrevista o paciente apresentou-se inquieto, por não ser o técnico que estava à espera e por partilhar algumas informações mais pessoais; no entanto, no decorrer da sessão mostrou-se colaborativo para a recolha dos dados da sua biografia.

Apresentou um discurso fluente, mas pouco coerente em alguns aspetos, sem grandes variações do tom de voz e com uma postura adequada, por vezes um pouco curvo de forma a apoiar as mãos na mesa, por outras direito e com as mãos colocadas no colo.

Descrição das queixas atuais

Relativamente às queixas relatadas por H. na primeira consulta, centraram-se a nível social, pois referia que “estava farto do seu papel de homem e que se vestia de mulher”, porém, agora essa já não era a sua maior preocupação, estando atualmente orientado em arranjar um trabalho e poder autonomizar-se da família.

História Clínica (Estrutura e contexto familiar)

H. mora com a mãe, o padrasto e a irmã (filha do padrasto e da mãe) e refere que passou por uma vida de dificuldades.

Durante a infância o ambiente familiar não foi o mais propício ao paciente, devido aos conflitos familiares que o acompanhavam, com uma família materna disfuncional com episódios de violência doméstica e abuso sexual.

Os seus pais separaram-se quando H. tinha quatro anos de idade, referindo que não tem qualquer tipo de relação com o pai, mas que o padrasto desempenhou esse papel e que sempre viveu com ele.

A sua relação com o padrasto não é a 100% como o mesmo refere, pois não concorda com os mesmos pontos de vista.

Quanto à relação com a mãe, H. refere que também não se dão a 100%, pois acha-o arrogante; refere que a mãe não tem um feitio fácil e que chocam um pouco, mas

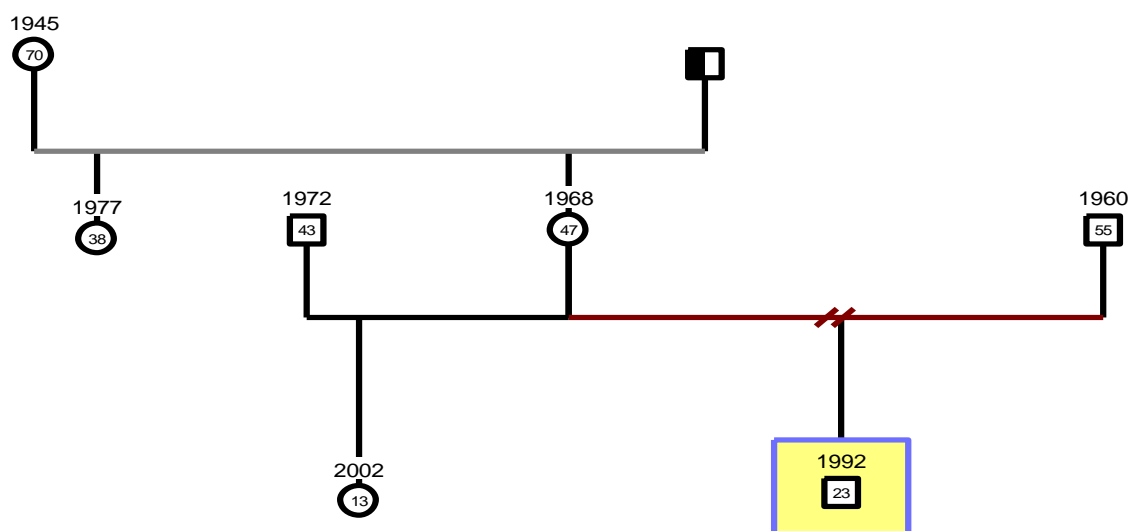
que apesar dessas desavenças “*encontramos bons momentos, e até nos rimos e dizemos piadas*”.

Refere também que se sente criticado e desvalorizado pela mãe, quando ela lhe diz frequentemente “*os homens não prestam para nada*”. Afirma que perdeu a confiança na mãe, quando esta lhe disse que não queria deixá-lo com a irmã, pois tinha medo que lhe fizesse mal.

Em relação ao seu avô materno, pensa que a última vez que o terá visto foi com 4/5 anos de idade, referindo que também já tinha tido consultas no Hospital; mencionou ainda que a mãe, a tia e a sua avó sofreram maus tratos por parte do avô, achando que o sucedido teve impacto na vida da mãe.

No que diz respeito à relação com a avó, apenas salienta que é boa, dando mais importância à sua relação com a tia, pois apoia-o muito, dando como exemplo um episódio em que ofendeu a mãe, e prometeu à sua tia que não se voltaria a repetir. Afirma ainda que contou à tia que estava farto de ser homem.

Figura 1 – Genograma de “H”



Refere que aos 6/7 anos de idade preferia ser menina, pois não se sentia bem como rapaz e que por volta dos 12/13 anos começou a vestir roupa feminina em casa, mas que não ia assim vestido para a rua.

Aos 18 anos começou a beber quando ia sair e comprava uma garrafa sem conhecimento dos pais e bebia-a em casa. Fumava apenas em saídas, 2/3 cigarros por noite. Refere que quando começou a trabalhar tinha boas relações com os colegas, mas

após um tempo mudou de emprego, passando a trabalhar num supermercado, onde se manteve por quatro anos; alega que a falta de subida de cargo influenciou o seu humor, tanto no trabalho como em casa, tendo recebido queixas por parte dos clientes (4 reclamações), em consequência de ter respondido incorretamente às pessoas, passando a ter uma má relação com os chefes e com os colegas.

De acordo com H., em 2013, e com 21 anos, consumiu substâncias psicotrópicas, por influência de um ex-colega de escola e mais umas pessoas do trabalho que o convidaram para “um sítio de festas psicadélicas”; bebeu uma cerveja e bebeu do copo de outras duas pessoas, relatando ter começado a perder os sentidos, e informando ter sido a primeira vez que tinha ido para “os lados de Alcântara”; sentiu perigo “dos dois lados”, mas via as pessoas como suas amigas, ficando eufórico e com vontade de dançar. Refere que ligou para o Hospital e que quando ia na ambulância ouviu o enfermeiro dizer que tinha as pupilas reativas, logo que era sinal de morte. Não ficou internado, pois o hospital era só de urgências, mas refere que o queriam internar na altura neste hospital, porém o padraço assinou um termo de responsabilidade para que tal não acontecesse.

Passados 4/5 dias confrontou o colega sobre o que tinha a bebida, afirmando ter armado uma confusão pois queria saber o que continha, pensado ser ecstasy ou pastilhas.

Aos 22 anos foi a uma consulta, pois estava farto do seu papel de homem e da vida social que levava, sentia-se irritável, e os seus pais achavam que H. não tinha calma e que não sabia lidar com as situações, indo de livre vontade. Inicialmente, mandaram-no para uma consulta de Psicologia e depois para Sexologia, onde lhe receitaram medicação (Topamax – refere que era o pior de todos - e Sertralina, anular os efeitos do primeiro).

Diz que atualmente trabalha num restaurante, mas que preferia trabalhar num supermercado, pois não acha correto estar em formação e trabalhar ao mesmo tempo. Refere que foi com uma ideia e que agora está com outra, diz que sabe quem são as pessoas a evitar naquele trabalho, pois exigem dele para chegar ao nível dos outros.

Mencionou que no ano de 2014 passou por um episódio de irritabilidade em que partiu o vidro do carro, pois estava atrasado para uma entrevista e tinha receio de chegar mais tarde ainda.

Com a idade atual, 23 anos, afastou-se das pessoas, pois *“metiam-se em coisas que eu não gostava”*, sugerindo que tinham um mau comportamento. Já este ano, e

precisando de encontrar trabalho para ajudar o padrasto financeiramente, irritou-se e a reação levou-o a partir uma janela do quarto; refere que só tem estas reações quando está sozinho, pois se estiver com outras pessoas vai-se embora ou para longe das mesmas.

Ultimamente sente que encontra dificuldades, que tenta ultrapassá-las, mas que não consegue e por isso fica irritado; a forma de lidar com estas situações passa por acabar as conversas e não falar com ninguém; fica stressado, evita as pessoas e se tiver mesmo de falar, dá respostas curtas.

Avaliação psicológica do caso de “H.”

A avaliação psicológica a H. foi executada em quatro sessões, relativas aos dias 7, 8, 12 e 26 de Maio. No que diz respeito à aplicação de testes, o Hospital tem um protocolo de avaliação, nomeadamente, a Figura Humana, o Desenho da Árvore, a Figura Complexa de Rey e escrever numa folha branca o nome completo, a morada e uma frase ao gosto da pessoa.

Na primeira sessão foi realizado o Teste da Árvore, a Figura Humana e o Teste de Frustração de Rosenzweig, porém H. chegou 30 minutos atrasado desculpando-se por morar longe (Maфра) e como as sessões são realizadas na parte da manhã (11h) existe muito trânsito, perguntando assim se lhe seria mais favorável a aplicação das provas da parte da tarde, ao qual respondeu que não, mantendo assim o horário da manhã.

No decorrer da sessão, H. demonstrou uma boa colaboração, mas aparentou estar inquieto, referindo que era por nunca ter realizado testes psicológicos. Conseguiu manter o contacto visual com o técnico e criar uma relação, que poderá ser devida à primeira sessão de recolha de dados biográficos onde se criou uma relação de empatia.

Na segunda sessão H. chegou a horas e foi-lhe aplicado o teste da Figura Complexa de Rey, pedindo para além de desenhar a figura masculina, que desenhasse também uma figura feminina, mostrando-se reticente pois, na sua opinião, não tinha habilidade para o desenho, muito menos para figuras femininas; porém, ultrapassou as adversidades e mostrou-se colaborativo. Foi também aplicado o MCMI – II, ao qual H. demorou 2h, pois tinha dúvidas em algumas frases.

Na terceira sessão aplicou-se o teste MMPI, tendo realizado só metade do teste, pois é um teste extenso.

Na última sessão continuou-se com a aplicação do teste MMPI e do Rorschach, sendo que neste último teste o paciente referiu conhecer duas das imagens das pranchas, pois tinha tentado realizar testes psicológicos na Internet e encontrou duas das imagens, tendo cada uma delas três alíneas com respostas e o paciente tinha de escolher qual se identificava mais com a imagem, contudo não foi prejudicial para a aplicação do mesmo, pois refere que não se recordava exatamente das respostas.

Resultados da avaliação psicológica

A avaliação da personalidade é vista como um desafio para os psicólogos, derivado da divergência quanto aos métodos mais apropriados para esse fim (Nunes, Nunes & Hutz, 2006).

A sequência de testes que foi proposta para a avaliação psicológica permitiu avaliar a memória, a frustração e os traços de personalidade e psicopatologia clínica.

Em todas as consultas realizadas neste Hospital é pedido ao paciente inicialmente para escrever o seu nome completo, a sua morada (perceber se tem capacidade de memória) e uma frase à escolha do mesmo (com o intuito de saber se a pessoa é capaz de formar uma frase).

O Teste da Árvore e da Figura Humana não são cotados, pois pretende-se perceber a capacidade de elaboração do desenho, a sua proporção e os elementos contidos.

Figura de Rey

Este teste foi aplicado nos dois casos clínicos (caso H e M), além de ser um teste que é sempre aplicado a todos os pacientes no hospital, também foi útil para fazer um despiste de alguma lesão cerebral (caso M), bem como para avaliar a memória e as habilidades organizativas (caso H e M).

No teste da Figura de Rey, no que diz respeito à exatidão da cópia, o total foi de 32, o que para a idade de H. representa o percentil 40-50, o que nos indica um rendimento intelectual mediano. O facto de H. ter começado pelo contorno exterior da figura, sem diferenciar o retângulo central e só posteriormente colocar os detalhes dentro e assim terminando o grande retângulo (o que dificulta o ajuste das linhas) levou-nos a classificar a sua cópia como o Tipo III, encontrando-se no $P < 10$.

H., na reprodução da cópia demorou 7.28 minutos o que poderá revelar uma capacidade de análise e síntese do pensamento limitada.

Na reprodução da memória, o total foi de 24 representando o P60, o qual se encontra na média. A classificação do tipo persiste a III e H. demorou 5.28 minutos para concluir o teste.

É de salientar que na reprodução da cópia H. apresentava um rendimento intelectual mediano para a sua idade e na reprodução da memória os resultados obtidos foram ligeiramente superiores.

Os resultados desta prova psicológica aludem para uma capacidade de análise e de síntese do pensamento mediana, contudo a sua capacidade de memória é razoável.

Teste de Frustração de Rosenzweig

Este teste destina-se a revelar os tipos de reação ao stress da vida corrente, e é usado clinicamente, para responder a várias questões sobre o padrão do paciente às frustrações comuns, tais como: “Qual o tipo mais frequente de reação?”; “O sujeito escolhe, ou evita, algum modo de resposta a um grau além do normal?”; “Para que direção ele mais frequentemente volta a sua agressão?”, entre outras. Achei pertinente aplicar esta prova no caso do H, visto que o mesmo referiu nas consultas que por vezes não consegue controlar a sua agressividade e impulsividade, tendo já passado por algumas situações em que perde a cabeça e parte coisas devido a não conseguir ultrapassar as dificuldades. Como não as consegue ultrapassar irrita-se ou como H disse, para lidar com essas situações não fala com ninguém ou acaba as conversas, ficando stressado e evitando assim as pessoas.

H. apresentou uma pontuação total de 7, sendo o seu G.C.R. (Group Conformity Rating) de 43,75% ($G.C.R = (Total/6) \times 100 = (7/16) \times 100 = 43,75\%$), sendo o valor da nota T +/- 40, considerando-se valores normais.

No que diz respeito à direção da agressão, H. apresentou valor nulo no que diz respeito à agressão extrapunitiva; na agressão intrapunitiva apresentou $I'=0$; $I=6$ e $i=3$, apresentando um total de 9, com uma percentagem de 37,5% ao que corresponde uma nota T +/- 70. Sendo que I é o valor mais elevado representando uma censura, culpabilidade que é reenviada por H. a si mesmo. Na agressão impunitiva apresentou valores de $M'=2$; $M=7$; $m=6$, um total de 15, com uma percentagem de 62,5% ao que corresponde uma nota T > 70. O valor de M é o mais elevado ao que corresponde uma

evitação da culpabilização da situação, sendo considerada inevitável e o sujeito frustrado é absolvido.

Em relação ao tipo de reação, a predominância do obstáculo (OD) teve um resultado de 2, o que corresponde a uma percentagem de 8,33% e a uma nota $T+/-35$; a defesa do ego (ED) teve um resultado de 13, o que corresponde a 54,17% e a uma nota $T+/-50$; por último a persistência da necessidade (NP) teve um resultado de 9, ao que corresponde 37,5% e a uma nota $T+/-70$. Em análise ao tipo de reação H apresentou o maior valor na defesa do ego (ED), em que a reação insiste mais sobre a defesa da sua imagem, reenviando a culpa para o outro; aceitando-a ou recusando-a e evita a questão sobre a mesma, ou seja, a culpa não ser de ninguém.

Numa forma geral, no que diz respeito aos padrões adicionais, o padrão 1 que representa as diferentes direções de resposta, H. apresentou $M>I>E$; no padrão 2 que representa a frequência relativa tendo em conta mais o tipo do que a orientação, H. mostrou $ED>NP>OD$; e por último o padrão 3 que diz respeito aos fatores mais frequentes independentemente do tipo ou da direção, H. apresentou $M>m \cong I>E$.

Em conclusão H. aparenta uma agressão impunitiva, em que a resposta é evitada e o mesmo se adapta ou se ajusta. O tipo de reação é maioritariamente ED, defesa do ego, em que aceita a culpa, ou recusa-a, evitando assim a questão da mesma. H. apresenta dificuldade em controlar os seus impulsos e emoções, passando assim de uma atitude para evitar o conflito, para uma explosão provocando o risco para si e para os restantes. Considera-se pelos valores uma personalidade de risco de auto e hétero agressividade.

MMPI

Este teste é um inventário que pretende avaliar os traços da personalidade e da psicopatologia clínica. Aprecia o perfil da personalidade sendo um projeto de avaliação para a população portuguesa, constituído por duas escalas, a validade e a clínica.

Como foi referido acima, é um teste que avalia o perfil da personalidade, e foi aplicado ao paciente H, pois achei que seria mais vantajoso comparar os resultados deste teste com a história clínica do paciente, além de que o pedido foi feito pelo seu médico psiquiatra que solicitava uma avaliação psicológica para clarificar o funcionamento da personalidade de H.

A primeira escala, validade, é constituída por três escalas, Escala L (Mentira) que apresenta um valor de 48, a Escala K (Correção) com um valor de 51 e por último a Escala F (Validade) com um valor de 78.

Analisando os valores dos resultados, a escala F (Validade) apresenta o valor mais elevado, o que pode levar à probabilidade do instrumento respondido ter sido efetuado de forma aleatória, de H. não ter compreendido os itens, ou até mesmo a uma falsificação deliberada do mesmo no sentido favorável.

A Escala L (Mentira) contempla um valor dentro da média, não evidenciando a possibilidade de um quadro defensivo. Por último, a Escala K (Correção) o valor está abaixo da média, o que poderá indicar uma tendência exagerada para a autocrítica, não admitindo o mínimo sintoma ou falha psicológica.

A outra escala, sendo a clínica, é composta por oito subescalas sendo estes resultados convertidos em notas T (notas brutas), no caso de H. verifica-se uma elevação nas escalas Depressão (D) (T=87), na Psicopatia (Pd) (T=90), na Psicastenia (Pt) (T=90) e na Esquizofrenia (Sc) (T=95).

Na escala da Depressão o valor elevado pode indicar uma desmoralização, ansiedade, sentimentos de inutilidade, incapacidade para encarar o futuro com otimismo e uma insatisfação consigo mesmo. É comum estar associada a uma falta de confiança em si mesmo.

O valor elevado da escala de Psicopatia pode testemunhar a presença de caráter narcísico, imaturidade e impulsividade, exibicionismo e conflitos com figuras de autoridade.

A elevação acentuada na escala de Psicastenia remete para dificuldades de concentração, sentimentos de insegurança e Auto desvalorização, problemas de adaptação e ajustamento, e incapacidade de resistir às exigências.

Por último a escala de Esquizofrenia, o valor elevado associa-se a dificuldades de adaptação social, dificuldades sexuais, de pensamento e comunicação.

Através dos dados H. apresenta uma personalidade deficientemente estruturada sendo esta marcada por uma depressão precoce, o que contribuiu para um isolamento, desadaptação e dificuldade em controlar os seus impulsos e emoções.

Teste de Rorschach

O Rorschach pode ser encarado como um instrumento de observação que possui qualidades específicas, ou seja, psíquicas, que convocam no sujeito uma ação/reação num determinado espaço-tempo relacional situacional e relacional (Marques, 1999).

O Teste projetivo é constituído por dez cartões/pranchas sendo importante diferenciar os mesmos pelo seu carácter unitário, inteiro, compacto ou até mesmo pela sua obediência no que diz respeito a uma configuração bilateral (Chabert, 2003).

Foi aplicado nos dois casos clínicos (caso H e M), pois as suas possibilidades interpretativas abrem caminho para a compreensão acurada do ser humano nas suas motivações profundas, permitiu num nível mais básico, um conhecimento do passado da pessoa e do seu comportamento a um nível futuro.

Seguidamente serão apresentadas as respostas de H. a cada uma das pranchas, bem como o seu comportamento perante cada uma, o tempo que demorou a dar resposta e a cotação.

Cartão I

“Já ouvi falas destes desenhos...”

10” “Faz lembrar duas coisas, primeiro uma espécie de insecto com asas coloridas de borboletas, mais uma máscara ao mesmo tempo” 30”.

Inquérito: G, por causa das asas, aspeto e padrão que costumam ter as asas (DbIs), com as asas arqueadas, em voo ou algo assim.

G, máscara de carnaval olhos (Dbl) para espreitar, e o nariz quase uma máscara veneziana.

(G F+ A Ban; G Dbl F ±)

Cartão II

14” “À primeira vista parecem dois animais a juntarem as mãos uns ao mesmo tempo, a parte branca faz lembrar uma explosão nuclear, é mesmo a forma de explosão” 44”.

Inquérito: dois ursos pequenos a juntar as mãos, orelhas de lado, apoiados nas patas (cinza).

Dbl, F, como vejo nas séries de história (vermelhos? porque quase um coração F, S/C.

(D F+ A; Dbl Kob)

Cartão III

10” “*À primeira vista o focinho de um animal, não sei dizer que animal é, mas à frente parece o focinho, tem narinas e isso e, em cima as orelhas, não me faz lembrar mais nada do que isto*” 40”.

Inquérito: nariz, narinas no D inferior lateral; olhos no vermelho central; orelhas no vermelho lateral; mamífero talvez raposa ou...

(G Dbl F- Hd)

Cartão IV

27” “*À primeira vista parece uma escuma daquelas naves muito grandes, posta assim a navegar pelo mar e a parte negra parece neblina a cobrir. Também pode parecer aqui o meio, podia ser um foguete ou algo parecido a levantar voo ou algo do género*”. 75”

Inquérito: E cinza mais escuro, meio inferior;

foguete a levantar voo no D central, de cima a baixo. (D Kob Obj)

(D Dbl F ± Obj)

Cartão V

10” “ *Este também parece um insecto, parecido com uma borboleta mas, diferente, tem aliás antenas e/ou asas*”. 32”

Inquérito: por causa das asas, espécie de cauda e antenas, está a voar; diferente porque tem as asas mais pequenas, nunca tinha visto uma assim.

(G F ± A)

Cartão VI

5” “*Parece-me exatamente a mesma coisa do outro, só aqui parece que não tem neblina, parece um foguete a levantar voo, mas não se parece tanto com o navio. Ao mesmo tempo também parece um farol no meio do mar.*” 50”

Inquérito: D central, a levantar com a explosão em baixo (G Kob) ; farol no mesmo sítio com o Dd superior a luz a iluminar (D F Arq. – luz)

Cartão VII

5” *“Parece a sombra à volta de uma fechadura numa porta, só que em ponto grande.” 27”*

Inquérito: Buraco da fechadura – Dbl, F.

Só viu estas pranchas na Internet (II; IV; VII; IV)

(Dbl F-)

Cartão VIII

20” *“Parecem duas panteras a tentar subir algo de cada lado e dois sapos de cada lado, de resto mais nada.” 45”*

Inquérito: panteras – rosa lateral, F.

Sapos sentados – no rosa/laranja inferior, F.

(D F+ A)

Cartão IX

30” *“Aui na parte de cima parece ser a anatomia do útero feminino, de resto não parece ser mais nada, e de certa forma no vermelho e isso.” 55”*

(vira a prancha para a orientadora)

Inquérito: Útero no Dbl, lembra-me as aulas de ciência.

(Dbl D F ± Anet)

Cartão X

40” *“É demasiado abstrato para conseguir encontrar uma resposta (? A orientadora insiste, pergunta-lhe se vê mais alguma coisa), isto aqui azul parecem dois escaravelhos a pegar numa folha, duas formigas de cada lado a pegar também uma folha, no meio uns olhos e um bigode verde, nada mais do que isso.” 88”*

Inquérito: Escaravelhos no azul lateral, tem um nariz longo e chifres; a folha por ser verde (na ponta) – D F± A; D C F Bot. Formigas no cinza lateral a pegar nas folhas amarelas – D F ± A; olhos no azul central e bigode verde (inferior) – D F± Hd.

As pranchas que mais gosta são II e a VI, justifica por ser as que mais conhecia. As que menos gosta são a IX e a X, por serem mais abstratas.

De acordo com os resultados da prova de H., apresenta um baixo número de respostas, o que pode sugerir uma má vontade, depressão, bloqueio emocional e

perturbação psiquiátrica. Demorou significativamente menos de um minuto em cada uma das pranchas mas, apresentou valores elevados no D ($t=5$), o que pode indicar uma limitação de ordem emocional ou intelectual; no Dbl ($t=5$) apontando para um sinal de agressividade e/ou espírito metódico e inteligente; o Kob ($t=3$) o que pode sugerir uma dificuldade interna e tendência para o recolhimento e uma vitalidade fraca.

Em suma, a personalidade de H. é marcada pela dificuldade em gerir os impulsos (Perturbação do Controlo dos Impulsos), uma depressão precoce que compromete o crescimento ideo-afetivo, fazendo com que o mesmo se isole e mantenha uma dificuldade em sabe gerir ou controlar as suas emoções e impulsos.

MCMI - II

Este teste é um inventário clínico de avaliação de personalidade, que possibilita a identificação de características de síndromes clínicos, personalidade normal e perturbações da personalidade. É constituído por cento e setenta e cinco itens, sendo o formato de resposta Verdadeiro/Falso. É formado por vinte seis escalas, ao que correspondem quatro escalas de validade e precisão e dez de personalidade, tais como, Esquizóide, Evitante, Dependente, Histriónica, Narcísica, Antisocial, Agressiva, Compulsiva, Passiva-Agressiva e Auto-Derrotista, e por último três escalas de perturbação da personalidade, tais como, Esquizotípica, Boderline e Paranóide (Cunha, Martins, Pires, Travado & Ventura, 2004).

No Hospital a cotação deste teste é feito pelo computador, sendo uma aferição à população americana. Este teste permite caracterizar os estilos de personalidade dos adultos. Foi aplicado no caso clínico de H pois possibilita uma elaboração de um diagnóstico segundo um Eixo I (Síndrome Clínico) que sumariza as queixas e sinais comportamentais, e segundo um Eixo II (Perturbações da Personalidade), descrevendo assim o estilo de funcionamento psicológico, de longa duração que está enraizado profundamente na pessoa, sendo importante de o perceber no caso de H.

Os valores mais elevados de H. remetem à Esquizóide ($v=101$); Evitante ($v=99$); Antisocial ($v=97$); Auto defesa ($v=98$); Esquizotípica ($v=112$) e por último Borderline ($v=102$). Estes valores elevados correspondem nomeadamente a duas escalas, de validade e precisão e à escala de perturbação da personalidade.

De acordo com estes valores H. apresenta uma personalidade deficientemente estruturada marcada por uma depressão precoce, comprometendo o seu

desenvolvimento ideo-afetivo como foi referenciado anteriormente. A sua insegurança pessoal move-se na desconfiança o que dificulta a sua relação interpessoal.

Discussão clínica

Através dos dados da entrevista destacam-se os conflitos familiares que acompanham H. praticamente desde sempre, no que diz respeito à sua família materna, sendo referenciado pelo mesmo os abusos sexuais e a violência doméstica por parte do avô materno. Refere que os seus pais se separaram quando tinha 4 anos e que não tem uma relação com o pai, mas que o padrasto desempenhou esse papel.

Um importante passo para o desenvolvimento da clínica é as avaliações diagnósticas das relações familiares, tendo em consideração a influência cultural e nomeadamente a elaboração de instrumentos que visam avaliar o grupo familiar (Teodoro, 2006).

De acordo com Atwater (1998), diversas pesquisas indicam que relacionamentos estáveis e seguros com os pais são fulcrais para a saúde mental do filho; quanto mais cómodo o jovem se sentir no seu núcleo familiar, mais tempo o mesmo dedicará à sua família e buscará a estabilidade emocional que ainda não foi alcançada internamente (citado por Arteche, Bornholdt, Ribeiro & Wagner, 1999).

No que diz respeito à coexistência de diferentes arranjos familiares, estes têm modificado o conceito de família e levando a que haja um processo de assimilação e de construturação de novos valores; pesquisas indicam que esta mudança de um modelo a outro novo vai exigir dos membros da família uma adaptação à estrutura familiar, aos papéis, às mudanças de relacionamento entre outros. Este processo de transição é designado, na maior parte, de momento de crise (Arteche, Bornholdt, Ribeiro & Wagner, 1999).

Em termos de escolaridade, fê-la na idade normal, tendo o 12º ano, mas descreve as dificuldades que tinha em se relacionar quer na escola quer no trabalho.

A nível profissional mostra ser inconstante pois referenciou o mau estar no trabalho, com queixas e deficiente relação com os superiores hierárquicos, e pouca interação com os colegas de trabalho.

Vários investigadores reconhecem a importância que a influência familiar apresenta na escolarização, em que os resultados demonstraram uma associação positiva

entre níveis socioeconómico e educacional por parte dos pais e a evolução escolar do jovem (Marturano, 1999).

No momento atual os conflitos parecem ser mais com a mãe, sentindo uma rejeição, afirmando que a mãe não o quer sozinho com a irmã, por medo de este lhe fazer mal, sente-se desvalorizado e criticado, principalmente quando a mãe lhe diz por inúmeras vezes “que os homens não prestam para nada”. Segundo H. as opiniões divergem pois não tem os mesmos pontos de vista que o padrasto e a mãe.

Dados demográficos indicam que para além da presença de adversidades, uma das condições de sobrecarga em algumas famílias é a mãe (Marturano, 1999).

Refere um episódio de consumo em 2013 em que é levado para a urgência psiquiátrica, altura em que foi proposto o internamento, que H. refere que o seu padrasto não autorizou.

No que diz respeito ao motivo da consulta refere que aos 6/7 anos preferia ser menina, que aos 12 anos se começou a vestir como tal em casa, e que atualmente estava farto da sua vida social e do seu papel como homem, sendo a sua maior preocupação atual arranjar um trabalho para se poder autonomizar.

As diversas dificuldades, no que diz respeito à regulação emocional, estão inseridas em vários quadros psicopatológicos sendo necessário recorrer a instrumentos que as possam medir de forma adequada (Coutinho, Dias, Ferreira & Ribeiro, 2010).

Em relação à aferição das provas psicológicas H. possui um fator comum em todas as provas de personalidade, sendo estas marcadas por uma depressão precoce, existindo uma dificuldade em orientar os impulsos, contribuindo assim para a sua desadaptação, para o seu isolamento, pois persiste a dificuldade em saber controlar as suas emoções e os seus impulsos, em que H. passa de uma fase de tentar evitar o conflito para uma explosão marcada de agressividade, sendo esta um risco para si e para os que o rodeiam.

Segundo Gross (1998), as regulações emocionais dizem respeito a processos em que os indivíduos influenciam as suas próprias emoções, como as expressam e experienciam e também quando as têm (citado por Coutinho, Dias, Ferreira & Ribeiro, 2010).

Gratz e Roemer (2004) propõem uma conceptualização multidimensional no que diz respeito à regulação emocional que pressupõe: a compreensão das emoções, a sua aceitação, a capacidade de controlar comportamentos impulsivos e operar de acordo com os objetivos desejados e a capacidade de regularizar as emoções através de

estratégias que modulem as respostas emocionais de forma flexível e consequentemente alcançar os objetivos individuais (citado por Coutinho, Dias, Ferreirinha & Ribeiro, 2010).

Um estudo de Garnefski e Kraaj (2007), obteve resultados de uma forte associação de sintomas de ansiedade e depressão sido medidos pelo BSI e estratégias de regulação emocional como a Auto culpabilização, a Catastrofização e a Ruminação, medidas pelo Questionário de Regulação Emocional e Cognitiva (citado por Coutinho, Dias, Ferreirinha & Ribeiro, 2010); estes resultados suportam que a crença do indivíduo que nada pode fazer para regular as suas emoções negativas está associada a diferentes sintomas psicopatológicos, o mesmo se confirma no caso de H.

Na questão da sua orientação sexual, através do teste MMPI e da Figura de Rey remete para uma orientação maioritariamente masculina, bem como nas consultas através da observação, a sua postura, o seu aspeto e o seu tom de voz masculino.

O seu equilíbrio psíquico apresenta aspetos positivos e negativos: no primeiro, destacam-se os fatores de desejo de ser autónomo, a sua idade e por vezes o seu reconhecimento de ter autocontrolo; nos aspetos negativos, realça-se a sua personalidade de risco, como foi referenciado acima, devido à sua auto e hétero agressividade, sendo vantajoso para H. realizar uma psicoterapia.

Reflexão pessoal do caso

Este caso em particular foi apresentado no meu relatório por ter sido a 1ª consulta que fiz individualmente e na qual apliquei as provas psicológicas.

Na minha opinião foi um caso muito engrandecedor, não só pela história familiar contada por H. como pelo à vontade do mesmo em contar-me o motivo da consulta, crendo assim que se criou uma relação profissional regulada pela empatia. Foi muito importante igualmente em termos do conhecimento de novas testagens de materiais, ou seja, testes psicométricos, pois no Hospital a forma de esclarecimento de cada prova difere em certos casos da forma como aprendi na Universidade (ex. forma de explicar ao paciente no que consiste o teste e o que se pretende avaliar com o mesmo).

Na primeira sessão percebi que o paciente não estava à espera que fosse uma estagiária a fazer a consulta, sentindo-me assim pouco à vontade para realizar a mesma, mas à medida que a sessão foi decorrendo, o à vontade foi notório tanto pela minha parte, como pela do paciente.

Em síntese, considero que esta avaliação foi das mais benéficas para mim, pois tendo sido a primeira ajudou-me a apreender a forma como lidar com um paciente durante uma sessão, ultrapassando uma possível adversidade e presenteou-me com uma aprendizagem a nível profissional.

2.3.2. Estudo de caso M

M. é uma mulher de 52 anos e foi encaminhada para uma avaliação psicológica com o intuito de perceber se possui condições para manter uma atividade profissional regular e consistente.

É de nacionalidade portuguesa e natural da zona de Lisboa. M. apresenta uma matriz familiar extensa, na medida em que do casamento do seu pai com a sua mãe tem seis irmãos (três homens e três mulheres). Da segunda relação do pai, desconhece os irmãos; da terceira relação do seu pai tem mais três irmãos (um homem e duas mulheres), e da segunda relação da sua mãe tem mais dois irmãos (um homem e uma mulher).

No que diz respeito a termos físicos, M. é de estatura baixa, tem cabelo castanho, escapando-se algum grisalho; tem olhos são castanhos, usa óculos, mas só para realizar tarefas, neste caso, as provas psicológicas.

Em relação à sua imagem não é muito cuidada, pois apresentava as mãos um pouco sujas.

Pedido

O pedido é encaminhado pela médica psiquiátrica com o intuito de avaliar se M. possui as condições necessárias para manter uma atividade profissional regular e consistente.

História Clínica (Estrutura e Contexto Familiar)

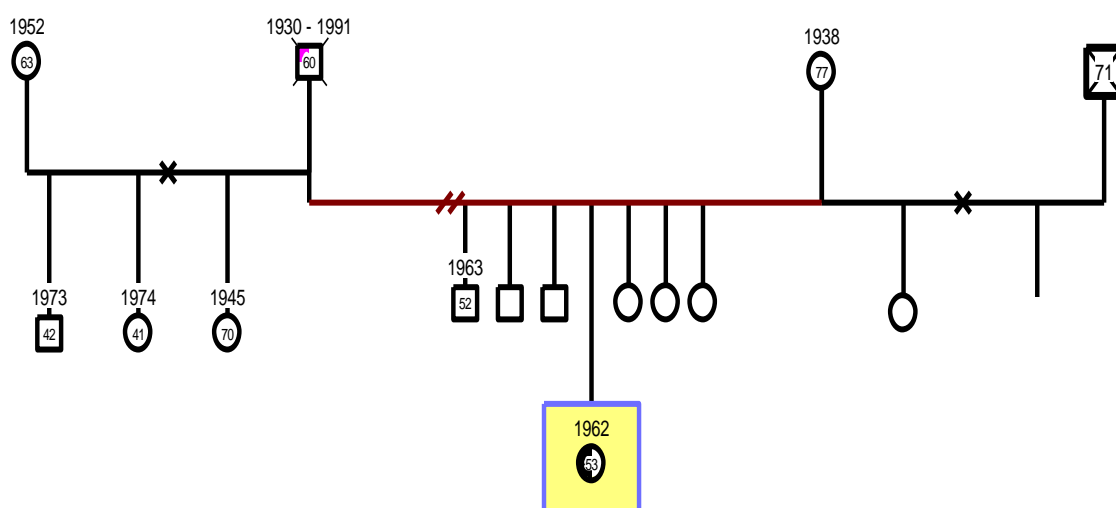
M. provém de uma matriz familiar extensa em que tem onze irmãos que conhece, mas só mantém uma relação de proximidade com dois (filhos do terceiro casamento do seu pai).

Relatava a sua relação com a mãe como estranha, pois a mesma fazia diferenciação, diz que não lhes ligava muito e que não se recorda de haver carinho por parte da mesma.

No que diz respeito à relação com o seu pai, diz que era diferente, que o mesmo não fazia diferenciação entre os filhos, para quem eram todos iguais, sendo mais carinhoso e também preocupado com a educação dos filhos.

Diz que não se recorda da relação dos pais, pois era pequena, as únicas memórias que tem é de os mesmos a discutirem. Quando os seus pais se separaram, o pai de M. achava que os filhos andavam muito “à solta”, não gostava da forma como a mãe os educava. Porém, um dos momentos de qual M. mais se orgulha é do seu pai ter conseguido juntar toda a família num Natal, “*quer a minha mãe com o meu padrasto e os filhos desse relacionamento, quer as outras companheiras do meu pai com os seus filhos*”.

Figura 2 – Genograma de “M”



Quando M. nasceu teve problemas de asma, ficando numa incubadora por três dias; diz que a mãe nunca a foi ver (segundo o que o pai lhe disse).

Quanto à infância M. diz que gostava de passar férias e fins-de-semana com o pai e os irmãos mas, contudo, não foi uma infância feliz, pois quando os seus pais se separaram, o seu pai “*zangou-se de tal forma*” que esteve dois anos sem ver os filhos, M. não sabe a razão, mas pensa que possa estar relacionado com o seu avô materno. Diz que o pai lhe escrevia cartas, mas que a sua mãe só ao final de alguns anos é que lhas deu. Refere que a mãe dizia muito mal do pai, chegando mesmo a dizer “*tem muitas mulheres, é um tarado sexual*”.

Refere que tinham empregadas e que estas é que tratavam das crianças e que os iam buscar à escola, falando das mesmas com carinho. As empregadas ficaram com as crianças até aos sete anos de idade, altura em que, considera M., a mãe passou a querer ser ela a levá-los à escola.

M. diz que nunca soube muito bem estudar e que também nunca lhe explicaram como, tendo chumbado no 9º ano. Diz que a mãe não ligava às notas e assinava os testes quer fossem positivos ou negativos e não dizia nada.

Depois das aulas realizava as tarefas de casa, frisando que a única coisa que não fazia era cozinhar, não sobrando tempo para estudar.

Na escola era uma pessoa envergonhada, tinha uma ou outra amiga, mas passava a maior parte do tempo com os irmãos.

Relata como um acontecimento trágico a morte do seu pai em 1991, dizendo que a partir daí não ficou bem; inicialmente diz que aceitou e que ficou com os três irmãos pequenos (do terceiro casamento do seu pai, aqueles com quem mais tinha afinidade) e que os criou. Quando os seus irmãos começaram a crescer começou a sentir-se sozinha, já tinha sido seguida por uma psiquiatra particular que lhe foi indicada pela irmã, pois teve uma depressão e não tinha vontade de sair de casa.

Em 1994 foi-lhe diagnosticado uma doença bipolar.

Em relação à vida profissional, começou aos 22 anos num escritório onde permaneceu até aos 44 anos de idade. Depois passou a trabalhar numa padaria, até há três anos, altura em que a mesma faliu e o seu contrato também tinha acabado.

Atualmente está desempregada, diz que não gosta de bebidas alcoólicas, que fuma um maço de cigarros por dia, que tem uma doença pulmonar e que toma muita medicação (ex.: Venlafaxina; Valproato de sódio; Lamotrigina; Diazepam, entre outros).

Avaliação Psicológica do caso de “M”

A avaliação psicológica a M. foi executada em três sessões que dizem respeito aos dias 2, 7 e 16 de Julho.

Na primeira sessão foram realizados o Desenho da Árvore, da Figura Humana, o Teste da Figura Complexa de Rey, o teste Toulouse-Piéron (TP) e por fim o Teste SCL-90-R.

M. chegou a horas na primeira avaliação psicológica, apresentou-se nervosa por lhe serem aplicados testes, de forma que lhe expliquei cada teste individualmente, para um mais eficaz esclarecimento, mostrando-se mais calma à medida que os foi desempenhando.

No final do teste TP mostrou-se muito cansada, motivo pelo qual fizemos uma pausa, aproveitando para recolher mais dados da sua biografia. Retomámos em seguida com o último teste dessa sessão.

Na segunda sessão foi-lhe aplicado a WAIS-R; como a atenção de M. é muito concentrada devido à lentidão do seu desempenho teve dificuldades em fazer um esforço prolongado, razão pela qual apliquei apenas metade da WAIS-R, deixando a outra parte para a última sessão. A cada vez que respondia a um subteste da WAIS-R dizia logo que já tinha feito tudo mal e que era medíocre a matemática e a perguntas de cultura.

Na terceira e última sessão continuou-se com a WAIS-R e por fim aplicou-se o Rorschach, no qual M. conseguiu identificar muitos animais/objetos nas pranchas, sendo este um teste trabalhoso pois tem de se apontar tudo o que o paciente diz que vê.

Resultados da avaliação psicológica

Os testes são instrumentos de avaliação que são considerados como mais um recurso para auxiliar o profissional a compreender as considerações a respeito de um determinado paciente, seja este realizado por um processo seletivo (exame psicológico ou psicotécnico), avaliação e psicodiagnóstico (Souza & Cândido, 2010).

A experiência do profissional, o referencial teórico e objetivo é determinado pela flexibilidade com que o mesmo escolhe determinado instrumento ou estratégia (Becker, Rochas, Roinsenber, 2015).

Figura de Rey

No teste da Figura de Rey, no que diz respeito à exatidão da cópia, a pontuação foi de 21, o que para a idade de M. se traduz no percentil inferior a 10 ($P < 10$), indicando-nos que está muito abaixo da média para a sua idade. O facto de M. ter começado por reproduzir o contorno exterior da figura sem diferenciar o retângulo central remete-nos a classificar a cópia como Tipo III, estando no $P < 25$. Na elaboração da cópia demorou 6.50 minutos o que revela uma lentidão na execução do trabalho.

Na reprodução da memória, M. obteve uma pontuação de 8 o que se traduz no $P < 10$, encontrando-se muito abaixo da média. A classificação da construção é de Tipo III e demorou 2.06 minutos, acabando por dizer que não se conseguia lembrar de mais.

É de salientar que M. obteve mais pontuação na reprodução da cópia do que na reprodução da memória, mesmo sendo os valores abaixo da média nos dois casos.

Os resultados aludem para uma perturbação ao nível da concentração/atenção, pois M. apresenta dificuldades em manter um esforço prolongado.

SCL-90-R

Como foi referido mais acima, a avaliação deste teste está mais direcionada aos padrões de sintomatologia clínica, no caso de M foi importante a utilização deste instrumento pois a mesma referiu nas consultas que já tinha sido diagnosticada com uma depressão e doença bipolar, e era necessário saber e perceber que resultados teria.

Na avaliação do teste SCL-90-R, M. apresenta valores dentro dos limites de significância, sendo estes nas escalas de depressão ($t=40$); de ansiedade ($t=32$) e na escala de somatização e obsessão-compulsão ($t=26$). Considera-se que existe sofrimento significativo se o valor obtido para cada uma das dimensões for $\geq 2,5$ (Cyr, McKenna-Foley & Peacock, 2010).

As escalas que obtiveram um valor $\geq 2,5$ foram as escalas de obsessão-compulsão, depressão e ansiedade.

Em conclusão a avaliação remete a uma ruminação do pensamento da paciente.

Teste Toulouse-Piéron

Foi aplicado pois é uma prova auxiliar do diagnóstico indicativo da capacidade de eficiência de uma pessoa numa determinada atividade específica, visto que o pedido era perceber se M possui as condições necessárias para manter uma atividade profissional regular e consistente, achei que seria um bom instrumento para recolher informação complementando com a história clínica.

Neste teste contam-se os quadrados bem marcados (A), as omissões (O) e os erros (E), registando-se na folha de cotação (Santos, 2009).

M. apresentou num total valores de A ($t=100$), O ($t=4$) e E ($t=1$). Posteriormente calculou-se a resistência à fadiga ($RT = A - (E+O) = 95$) e por último a inexactidão no trabalho ($ID = (E+O/A) \times 100 = 5$).

Através desta avaliação podemos perceber que M. apresenta uma atenção concentrada, mas a mesma deve-se à sua lentidão no desempenho, apresentando uma dificuldade em manter um esforço prolongado.

WAIS-R

Através da WAIS-R é possível realizar uma avaliação do perfil intelectual, a inteligência é uma competência global, que permite à pessoa apreender o mundo e responder às solicitações do meio em si, visto não haver concordância com o que M relatou na consulta e depois dos resultados obtidos na prova de Toulouse-Piéron, achei que seria vantajoso perceber quais as suas capacidades para complementar assim o pedido que é feito pelo psiquiatra em perceber se M possui as condições necessárias para manter uma atividade profissional regular e consistente.

Este teste é dividido em duas escalas, a de realização e a verbal, em cada uma delas estão presentes subtestes, sendo que para a primeira escala fazem parte cinco e na segunda seis.

No que diz respeito à Escala Verbal, M. obteve as seguintes pontuações (notas brutas) nos subtestes, Informação (v=8), Memória algarismos (v=11), Vocabulário (v=23), Aritmética (v=6), Compreensão (v=13) e por último Semelhanças (v=13).

Na Escala de Realização obteve valores nos subtestes de Complemento de imagens (v=10), Ordenação de imagens (v=2), Cubos (v=16), Reconstituição de objetos (v=19) e por último Código (v=42).

Estas notas brutas são convertidas em notas standard (T), nas quais M. apresenta valores para a Escala Verbal de: Informação (T=5), Memória algarismos (T=7), Vocabulário (T=6), Aritmética (T=5), Compreensão (T=7) e Semelhanças (T=7), sendo o total da nota total verbal de 37.

Na Escala de Realização apresenta notas standard de: Complemento de imagens (T=5), Ordenação de imagens (T=2), Cubos (T=3), Reconstituição de objetos (T=4) e por último Código (T=6), tendo uma nota total de realização de 20.

Fazendo a soma total das duas escalas (\sum Escala Verbal=37; \sum Escala Realização=20) apresenta-se o valor de 57. Ao que corresponde na Escala Verbal um Q.I. de 79, na Escala de realização um Q.I. de 76.

Através destes valores podemos apurar que M. apresenta um rendimento intelectual que equivale à denominada zona fronteira da debilidade mental (Q.I. =76). Os valores baixos que obteve na escala de realização remetem para uma perda da operacionalidade prática, nomeadamente a sua capacidade de coordenação visuo-espacial, bem como a sua capacidade de antecipar ou mesmo prever uma ação. Estes apuramentos são comprovados pelo estudo da capacidade de estruturação perceptivo-visual o que indica uma desorganização do pensamento e estereotipia.

Teste de Rorschach

Seguidamente serão apresentadas as respostas de M. a cada uma das pranchas, bem como o seu comportamento perante cada uma, o tempo que demorou a dar resposta e a cotação.

Cartão I

10” “*À partida olho e parece um morcego, embora eu nunca tenha visto ... mas parece um morcego*” 35”

Inq. “*Porque é muito escuro, não tem olhos está de maneira a atacar ou a voar, mas é atacar...*” (A Ban)

Cartão II

8” “*Parece dois cãesinhos a dar um beijinho, mas não pode ser porque a respiração parece estas partes vermelhas e em baixo um coração ... dois elefantes, não dois rinocerontes bebés a dar um beijinho, não sei bem se eles respiram assim mas é o que parece*” 65”

Inquérito: dois rinocerontes no cinza F, respiram por aqui – vermelho superior, sai por estes furinhos (ligação do vermelho superior com o cinza). Coração no vermelho inferior porque parecem irmãos, um laço de amor, irmãos unidos.

(D kan A; D C F Anat; D C F Anat)

Cartão III

20” “*À assim para mim simboliza a amizade, a amizade por causa do laçarote mas dizer uma imagem de qualquer coisa ... parece um avestruz mas não está completa ... um símbolo de amizade, mas em baixo parece uma chama, a meu ver nem que haja ... é um laço de amizade para os bons e maus momentos, a chama é um mau momento, mas a amizade ajuda uns aos outros.*” 105”

Inquérito: laço no vermelho central. Avestruz na FH critica a falta de encaixe da anca e ter só uma perna “canguru” vermelhos lateral?” Os bons momentos.

(D F+ Obj ; D F- A ; D F-)

Cartão IV

“*... nunca fui muito de dizer o que estes quadros querem dizer ou o que eu vejo neles ... este à partida não consigo pensar em nada ... só se for um animal mas não me*

lembro de animal que tenha a cabeça tão pequena e em bico! Só se for mesmo uma avestruz” 90”

Inquérito: Ao mesmo tempo faz lembrar um morcego, uma coisa má, uma ruindade qualquer, não sei ...

(G F- A)

Cartão V

5” “Oh! Parece-me um morcego outra vez ... a ver se isto simboliza alguma coisa ...”

27” “... simboliza o terror e e pode ser um morcego mas eu acho que os pintores que pintam estas coisas devem simbolizar alguma coisa, referem-se a ...” 75”

Inquérito: F, é só à noite e faz mal, está a fugir.

(G F+ Ban ; Club)

Cartão VI

(muda de posição na cadeira)

30” “Uma abelha gigante, não consigo ver mais nada, abelha por causa dos bigodes (ri)” 50”

Inquérito: D superior, abelha gigante, tem as asinhas

(D F+ A)

Cartão VII

35” “Eu olho e à partida faz lembrar um vulcão ... mas as chamas deviam estar todas ... não deviam estar afastadas porque as chamas estão todas juntas, pode ser fumo ... aqui uma casinha, uma igreja a diferença de fé das religiões” 90”

Inquérito: vulcão Dbl e 2/3 laterais as chamas; igreja- Dd inferior central, F

(Dbl G Kob ; D F+ ; Dd F+ Arq)

Cartão VIII

2” “parece-me um Rx (ri) ... já vi os rxs aos pulmões e vê-se a coluna e vê-se um bocado do fio, eu uma vez fiz um rx e via-se o fio que não tinha tirado, está tudo pintado porque também não se vê tudo ... aqui de lado uns bichos. Ratos ... o que já leva a outra coisa a pobreza quando há pobreza não há nada e há ratos por todo o sitio, quando há guerra ... devia haver paz no mundo” 120”

Inquérito: rx no d inferior rosa, F; ratos no D lateral rosa, F; Aqui uma luz, azul acima do rosa, é um aviso “cuidado com o mal que existe na terra”

(D F-; D F+ A)

Cartão IX

10” *“Parece as bolas e sinos na árvore de Natal ... Estas coisas laranja é que são um bocado estranho na árvore de Natal ... se calhar a família unida, não porque parece uns bichos maus ... no Natal junta-se a família mas cá em cima diz que é só no Natal, depois ninguém quer saber de ninguém ...” 182”.*

Inquérito: bolas e sinos no rosa inferior, CF; árvore de Natal o verde, CF; bichos maus no laranja, F.(D C F Obj; D C F Bot; D F- A)

Cartão X

10” *“aqui parece um caranguejo ou umas aranhas, aqui umas flores e uns frutos mas depois não sei o que isto quer dizer! ...” 90”*

“há aquele ditado que diz que a vida é bela nós é que damos cabo dela, aqui em baixo como tem as folhas uma luz (verde inferior) mas afinal a vida não é tão bela porque nós depois de morrer é que estamos no céu já não sofremos, ou vamos para o inferno, estes bichos” 165”

“... os frutos e as flores está tudo tão murcho e há tantas guerras, não há o que deus ensina e acabam por ir todos para o inferno, não há a vida eterna ...” 240”

Inquérito: caranguejos, azul lateral, F; Flores e frutos (amarelo lateral e castanho) já murchas, C F; Bichos cinzentos (cinza superior) simbolizam o inferno; Folhas e luz (verde inferior), C F.

(D F+ A Ban; D C F Bot; D C F Bot; D C F (luz); D C F Bot; D F Club A)

Analisando estes dados, apuramos que a ressonância íntima é extratensiva, o que demonstra a incapacidade em conseguir empatizar com os outros, apresenta uma instabilidade emocional e a labilidade, a sua perturbação estrutural que se traduz na contaminação do pensamento, no domínio da subjetividade sobre o princípio da realidade, na interposição da angústia, em que M. manifesta uma impressionabilidade disfórica profunda marcada pela desorganização.

Discussão clínica

Através dos dados da sua biografia M. possui uma família extensa, refere que sempre cuidou dos irmãos menores até ao falecimento do pai, com quem revela ter tido uma grande afinidade, mais do que com a mãe que, segundo M., não se importava com os filhos, sendo as empregadas a tomar conta deles.

No que diz respeito à escolaridade diz ter sido feita na altura, até ao 12º ano embora tivesse repetido o 9º ano, mas que nunca soube aprender a estudar e que não tinha quem a ensinasse.

Trabalhou durante vinte e dois anos numa firma, saiu quando a mesma faliu, e passou a trabalhar numa padaria até ao final do seu contrato, que não foi renovado, encontrando-se desempregada há três anos.

Desde 1994 que faz tratamento psiquiátrico por lhe ter sido diagnosticada bipolaridade.

Através de dados epistemológicos recentes, uma das principais causas da incapacidade e da morbilidade na sociedade são os problemas de saúde mental e as perturbações psiquiátricas que demonstram que problemas de saúde mental e as perturbações psiquiátricas são uma das principais causas; além das pessoas diagnosticadas com uma perturbação, existem outras com problemas a nível da saúde mental, que não se enquadram nos critérios para um diagnóstico de perturbação psiquiátrica, mas que devem ser auxiliadas com uma intervenção (Batista, Caldas-de-Almeida, Magalhães, Mendes & Xavier, 2013).

Através de dados recolhidos nos Estado Unidos da América, aproximadamente 1,2% da população padece de algum tipo de Perturbação Afetiva ou do Humor (PAH), em relação às Perturbações Bipolares (PB) aponta-se para uma estimativa de 0,3%, onde a prevalência é nas mulheres (Cameirão & Meireles, 2005).

Estudos de imagiologia apontam que tanto as perturbações bipolares, como as unipolares, estão relacionadas a uma diminuição do volume no lobo pré-frontal, sendo que estes pacientes apresentam os gânglios basais e um tálamo maior (Cameirão & Meireles, 2005).

M também referenciou que tinha sido diagnosticada com uma depressão após o seu pai morrer; de acordo com algumas evidências clínicas, a separação do objeto amado pode favorecer o aparecimento desta (Cameirão & Meireles, 2005).

Através das provas psicológicas que foram aplicadas a M. apurámos que a sua atenção é concentrada, apenas devido à sua lentidão de desempenho, o que a dificulta a manter um esforço prolongado.

Em relação ao seu rendimento intelectual equivale à zona fronteira da debilidade mental (Q.I.=76), não havendo uma concordância com a escolaridade que refere (12º ano). Os seus valores baixos na escala de realização remetem a uma perda da operacionalidade prática, no caso particular da sua coordenação visuo-espacial e na capacidade de prever e antecipar uma determinada ação.

Das provas para o estudo da personalidade apuramos a incapacidade em empatizar com os outros, a instabilidade emocional e a angústia que é vivida, um humor instável, sendo marcado maioritariamente por depressão.

Através da sua avaliação semiológica (SCL-90-R), remete para que os valores mais elevados pertencem às escalas de depressão, somatização e ansiedade.

É importante referir que a paciente estava a ser medicada; os antidepressivos provocam mudanças bioquímicas fazendo com que o paciente retorne ao seu estado pré-mórbido (Cameirão & Meireles, 2005); no caso de M, durante as consultas mostrou-se atenta e participativa, apenas frisava que não tinha muitos conhecimentos matemáticos e culturais.

Estudos comprovam que a contribuição de uma psicoterapia em auxílio da farmacoterapia, ajuda na forma de lidar com as várias fases da Perturbação Bipolar, uma vez que as psicoterapias, tais como, a psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal e de ritmo social, terapia familiar e terapia psicodinâmica, possuem benefícios terapêuticos em relação a estas perturbações (Cameirão & Meireles, 2005).

As PB são altamente incapacitantes e lesivas para a pessoa e afetam-na a nível físico, psicológico e social (Cameirão & Meireles, 2005).

Os portadores desta doença expressam dificuldade em manter um vínculo empregatício, ou até mesmo ingressar no mercado trabalho após se dar uma manifestação da doença, existindo uma sobrecarga financeira para os mesmos (Borba, Kantorski & Schwartz, 2008).

Em conclusão, sendo o motivo desta avaliação perceber se M. possui condições para manter uma atividade profissional regular e consiste, com as características referidas acima concluiu-se que M. não possui as condições para manter a atividade profissional.

Reflexão pessoal do caso

Elegi este caso para o meu relatório principalmente pela história familiar, que envolve a perda de um ente querido e as consequências que teve para uma família. Tratando-se de uma pessoa mais adulta, em relação ao caso anterior, tive algum receio que a mesma questionasse a minha idade e os meus conhecimentos mas, pelo contrário, revelou-se uma boa experiência, pois M. mostrou-se à vontade para partilhar informações da sua vida, relatando o que presenciou e como a morte pode mudar uma pessoa. Foi gratificante principalmente na cotagem dos testes, um dos quais, o Rorschach, constituiu um desafio, pois M. referenciou inúmeros animais/objetos nas pranchas.

Por fim, considero que estive mais à vontade neste segundo caso, eventualmente por a paciente ser uma mulher adulta, ou talvez por me ter sentido mais confiante à medida que a consulta fluía.

2.4. Reflexão Global

O psicodiagnóstico é definido como uma avaliação psicológica que é realizada com propósitos clínicos, nomeadamente avaliar as características de personalidade de uma pessoa, as suas funções cognitivas, podendo o foco presenciar-se na existência ou não de uma psicopatologia. Sendo considerado um processo científico que usa técnicas e testes psicológicos (Alves, Brentano, Castan, Oliveira, Ribeiro, & Salle, 2014).

A concretização do mesmo implica aos profissionais um conhecimento direcionado para a investigação dos seres humanos, tendo como finalidade identificar e avaliar os aspetos específicos de forma a clarificar o processo, apontando assim para um possível prognóstico, bem como para comunicar os resultados que foram obtidos e sugestões a serem propostas (Becker, Rocha & Roisenberg, 2015); sendo um processo limitado no tempo, tendo em conta as diversas variáveis que estão presentes no momento atual, ou seja, no qual o indivíduo vive, desta forma, o psicodiagnóstico é um instrumento que facilita na busca de informação sobre o que se pretende investigar (Filho & Moraes, 2015).

A Entrevista Inicial Psicológica é uma técnica que é aplicada no processo inicial do psicodiagnóstico visto que, o cliente vai ser orientado na atividade a ser realizada, onde se vão detetar os motivos que determinam a aliança terapêutica para o processo em questão, irá contribuir também para a formulação de hipóteses diagnósticas, podendo indicar uma série de indicadores da personalidade do indivíduo (Affonso, 2005).

Segundo Cunha (2000), a Entrevista Clínica é considerada como um conjunto de técnicas de investigação, que possuem um tempo limitado sendo orientadas por um profissional dotado de conhecimentos psicológicos, tendo como objetivo o avaliar e descrever aspetos relacionais, pessoais ou sistêmicos, num processo que visa conceber recomendações, encaminhamentos e qualquer tipo de intervenção (citado em Affonso, 2005).

Fazendo uma avaliação global do percurso do estágio, concluo que foi uma etapa marcante no meu processo de aprendizagem, tanto por aspetos positivos como alguns aspetos negativos.

Os primeiros foram marcados pela vontade de aprender, acompanhada por um grande entusiasmo e uma perspetiva de como fazer bem, evitando críticas menos favoráveis ou até mesmo alguma falha, neste meu primeiro estágio.

Assim, esta etapa excedeu as minhas expectativas, fui recebida bastante bem por parte de todos os profissionais, sempre com disponibilidade para me auxiliar, quer no

caso de dúvidas em relação a como agir perante uma situação, ou o que dizer, mas também no facto de ser possível uma abertura para debater qualquer caso e, mais importante, o saber ouvir e mostrar interesse pela opinião do outro, no caso, a minha.

Igualmente de realçar foi a atribuição dos casos clínicos, uma vez que, inicialmente, éramos três estagiários, acabando no final por permanecermos só dois. A atribuição foi significativamente rápida, contámos com o apoio da orientadora nesta parte, o que se manifestou crucial, pois sempre se mostrou disponível em perceber os requisitos que o nosso estágio implicava, e sempre nos atribuiu o máximo de casos que pôde.

A primeira parte do estágio foi uma das mais meritórias, pois para a aplicação dos testes é necessária uma revisão literária sobre os mesmos, e no estágio foi-nos dada essa formação, na qual tínhamos acesso a todos os instrumentos referentes aos testes psicológicos, de forma a podermos estudá-los, e uma das partes que mais apreciei e considerei interessante foi o facto de poder realizar os testes a mim mesma e ao meu colega de estágio.

No que diz respeito às minhas dificuldades, e aí insiro os aspetos negativos, recordo o facto de ter procurado equilíbrio para lidar com as minhas emoções, ou seja, em pequenas situações sentia-me nervosa e com receio de que poderia expressar algo menos bem, dizer um despropósito, ou de não cumprir as exigências que o estágio propunha.

Um aspeto pessoal que melhoraria seria a minha ansiedade sobre a dificuldade em conciliar situações pessoais com o decorrer do estágio, nomeadamente poder planear e atender a compromissos, aparentemente inconciliáveis, mas que acabaram por ser ultrapassados com a ajuda da Orientadora do local de estágio, que sempre se mostrou muito prestável.

Um fator que me surpreendeu a mim mesma, pela positiva, foi o facto de ter ingressado num grupo psicoterapeuta, por proposta conjunta da orientadora e outra psicóloga do Hospital. Foi muito marcante e desafiante, pois nunca tinha vivenciado ou presenciado aquele contexto. Como referi anteriormente, a minha participação no grupo foi de forma ativa e passiva. No início senti bastante nervosismo, sabendo que teria de participar nos jogos das sessões com os pacientes, aos quais nunca me recusei, mas na altura receava ter dificuldade em saber o que dizer ou fazer nas situações; contudo, o nervosismo e o receio esbateram-se e deram lugar a uma vontade de participarem todas as atividades. No final de cada uma das sessões debatíamos tudo o que tinha acontecido

em cada sessão e, mais uma vez, senti-me integrada, e gratificada principalmente quando se mostravam interessados na minha opinião, nas minhas observações e também na forma como me senti.

Na parte dos casos clínicos, deparei-me com testes novos o que me causou um certo desconforto inicial que rapidamente se transformou em conhecimento adquirido, tendo constituído uma barreira que consegui ultrapassar ao meu ritmo.

Em suma, o estágio propiciou-me um desenvolvimento, quer a nível profissional, quer no contexto pessoal, onde fui surpreendida com um enriquecimento ainda maior, fruto de uma introspeção do meu ser, da minha forma de agir e pensar sobre determinado assunto, de como poderia lidar com distintas situações que se me colocassem e qual seria a forma mais favorável de as abordar.

Para finalizar, deixo um agradecimento aos profissionais com quem pude trabalhar e aprender e aos meus professores da Universidade Autónoma de Lisboa pela disponibilidade que sempre tiveram para me ajudar.

Parte III - Conclusão

Chegando ao fim de uma etapa torna-se necessário fazer uma reflexão dos oito meses frequentados no local de estágio.

O estágio requeria objetivos a nível profissional bem como a nível pessoal, no sentido de garantir uma consolidação teórica e prática da aprendizagem fornecida ao longo da formação em Psicologia.

A nível profissional percebeu-se que o processo de diagnóstico é amplo, e necessário para uma posterior condução do trabalho psicológico, não esquecendo que a clareza de um diagnóstico que é um elemento facilitador da instauração de mecanismos terapêuticos. Inúmeras são as estratégias que podem ser utilizadas, tais como, a escuta, a observação do comportamento, a comunicação verbal e não-verbal, os testes psicológicos e as informações de fontes subsidiárias.

No meu caso particular, o estágio revelou uma grande desvantagem ao não permitir realizar os acompanhamentos psicológicos, pois o Hospital não os realiza, penso que teria sido uma mais-valia na minha formação. Em contrapartida, focou-se mais na avaliação psicológica, onde me senti à prova, visto utilizarem alguns materiais de testagem ao qual não estava habituada ou que não conhecia; porém, considero ter sido um aspeto superado, também com o apoio dos profissionais do Hospital que sempre se mostraram acessíveis a explicar e ensinar, tendo sido sem dúvida um marco importante no decorrer do estágio.

As supervisões e a participação nas discussões dos casos (com a orientadora e com as psicólogas dos grupos) também proporcionaram e facilitaram a aprendizagem, ajudaram a diminuir a ansiedade que era sentida no início e o medo da inexperiência, proporcionando ao futuro psicólogo uma aquisição de novas habilidades, além do aumento da capacidade de interpretação e da criação de estratégias diagnósticas.

Cada um dos casos teve um contributo e uma aquisição de conhecimento diferente para mim, pois os casos eram diferentes e cada pessoa é única e individual.

Numa parte mais prática, considero o ingressar nos grupos socio emocionais como o aspeto de maior relevância, tendo sentido algumas dificuldades inicialmente, pois eu era a “cobaia”, como as psicólogas me designaram. Participava nas sessões com os pacientes, quer porque faltava um elemento, quer por conseguir estar mais à vontade, o que progressivamente foi acontecendo.

De início senti uma grande inquietação, temendo não estar a desempenhar bem o meu papel, como profissional e como facilitadora nas sessões, de forma a ajudar as psicólogas. Este obstáculo foi ultrapassado com uma dupla ajuda: por parte das psicólogas, que sempre me apoiaram e tentaram perceber a minha insegurança, contribuindo para a diminuir, e por parte dos pacientes que me deixaram sempre à vontade.

Realizei o planeamento das sessões dos grupos com as psicólogas, o que de início foi atribulado, pois era necessário desenvolver atividades que motivassem os pacientes e, paralelamente, que as suas necessidades/dificuldades fossem colmatadas. Foi necessário realizar diversas pesquisas e despende de tempo para a preparação das mesmas.

As visitas às casas que faziam parte do Hospital corresponderam a uma parte observacional; considero-as fulcrais pois permitiram entrar em contacto com outros profissionais, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, tendo-nos sido permitido assistir às reuniões semanais, em que cada um dos pacientes tinha uma tarefa a realizar e a cumprir, como por exemplo, limpar o chão da casa, fazer as camas de lavado, entre outras. Foi gratificante pois os mesmos diziam que se sentiam bem e autónomos por poder desempenhar algumas tarefas.

A um nível pessoal, o estágio permitiu o desenvolvimento e a consolidação de competências, adquiridas no decorrer da Licenciatura e do Mestrado em Psicologia, e outras, adquiridas junto dos profissionais do Hospital, o que levou a diminuir a insegurança e a aumentar o sentido de responsabilidade quer pela pessoa, quer por nós.

Relativamente à parte clínica, os profissionais de saúde no Hospital, compartilham entre si experiências e opiniões sobre os casos clínicos, bem como os diagnósticos e tratamentos, sendo que nestas reuniões os estagiários não estavam presentes; penso que teria sido bastante enriquecedor se pudéssemos assistir, de forma a conhecer melhor o funcionamento interno e a dinâmica do Hospital, o que implicava um desenvolvimento das capacidades interpessoais e uma maior consciência do trabalho que é realizado em equipa.

Considero que realizei o estágio num ambiente afável, com uma equipa extremamente profissional, que me fez sentir confiante e valorizada. É importante referir que a nível de horário e de condições de trabalho, desde o primeiro ao último dia, todos os envolvidos sempre nos proporcionaram o máximo de conforto e disponibilidade.

De uma forma geral, este estágio excedeu as minhas expectativas, sendo uma experiência gratificante, no qual pude desenvolver competências que a meu ver são cruciais, como as competências comunicativas, que contribuíram para um desenvolvimento profissional e pessoal.

Saliento ainda que as aulas de seminário na Universidade foram muito benéficas, criando a oportunidade para debater e tirar dúvidas constituindo assim mais um apoio de relevo.

Para finalizar, deixo uma palavra de sentida gratidão ao Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, pela existência deste acordo com o Hospital, sem o qual não poderia ter realizado o estágio.

Referências Bibliográficas

- Achcar, R. [et al.] (1994). *Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação*. (2ª Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Affonso, R. M. L. (2005). A Importância da Epistemologia no Ensino da Avaliação Psicológica no Processo Psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica*, 4(2), pp. 183-193.
- Afonso, P., Figueira, M. L., & Sampaio, D. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Alberto, M. F. P., & Lima, J. A. (2010). As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 15(2), pp. 129-136.
- Alencar, J. C. N., Alchieri, J. C., Rocha, H. R. R. P., Sales, E. A., & Sousa, H. K. C. (2011). Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory – III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 60(1), pp. 34-39.
- Alves, M. S., Brentano, V. B., Castan, J. U., Oliveira, B. C. A., Ribeiro, T. R. & Salle, A. G. (2014). Psicodiagnóstico no hospital geral. *Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Semana Científica*. (34. : 01-05 set. 2014 : Porto Alegre, RS). Acedido em 10 de Abril de 2016, em <http://hdl.handle.net/10183/119097>
- Almeida, J. M. C., Bento, A., Gusmão, R. M., Heitor, M. J., & Xavier, M. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: Aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Méd Port*, 18, pp. 129-146.
- Ambiel, R. A. M., Noronha, A. P. P., & Nunes, M. F. O. (2007). Importância e domínios de avaliação psicológica: um estudo com alunos de Psicologia. *Paidéia*, 17(37), pp. 231-244.

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5. Guia de Referência rápida para os critérios de Diagnóstico*. (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e Abuso Sexual na Família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), pp. 3-11.
- Arteche, A. X., Bornholdt, E. A., Ribeiro, L. S. & Wagner, A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicol. Reflex. Crit.*, 12(1), pp. 147-156.
- Barros, D. D., Ghirardi, M. I. G., & Lopes, R. E. (2002). Terapia Ocupacional Social. *Revista Terapia Ocupacional Universidade São Paulo*, 13(2), pp. 95-103.
- Batista, H., Caldas-de-Almeida, J., Magalhães, P., Mendes, J. & Xavier, M. (2013). Implementing the Worl Mental Health survey iniciative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(19), pp. 1-10.
- Becker, A. P. S., Rocha, N. L. & Roisenberg, B. B. (2015). Fundamentos sobre o Psicodiagnóstico e suas implicações Terapêuticas. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido em 20 de Abril de 2016, em <http://www.psicologia.pt>.
- Bio, M. R., Botega, N. J., Garcia, C., Pereira, W. A. B., & Zomignani, M. A. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista Saúde Pública*, 29(5), pp. 355-363.
- Borba, L. O., Kantorski, L. P. & Schwartz, E. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*, 21(4), pp. 588-594.

- Brasiliano, S., Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., & Ingberman, Y. K. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36(2), pp. 69-74.
- Cameirão, M. L. & Meireles, L. P. (2005). As Perturbações Afetivas: As Perturbações Bipolares. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido em 3 de Abril de 2016, em <http://www.psicologia.com.pt>.
- Cândido, C. F. G. & Souza, I. C. W. (2010). Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), pp. 82- 93.
- Cardoso, C., & Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no Caps. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), pp. 775-783.
- Castro, M. S. L. F., & Detry, B. (1990). *O Teste de Frustração de S. Rosenzweig*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (2015). Acedido em 20 de Outubro de 2015, em <http://www.chpl.pt/>
- CHPL – Hospital Júlio de Matos. (2009). *Revista de Psiquiatria*, XXVII(1), pp. 6-61.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- CID-10. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(Supl III), pp. 47-50.

- Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, M. F., & Longhi, E. (2011). Psicofísica Clínica: Aplicação de Metodologia Psicofísica no Auxílio de Diagnósticos. Descrição de Método. *Psicologia USP*, 22(1), pp. 147-160.
- Costa-Rosa, A., & Pratta, N. (2011). O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.*, 14(4), pp. 672-689.
- Coutinho, A. C. A. M. (2010). Formas Abreviadas do WAIS-III para Avaliação da Inteligência. *Avaliação Psicológica*, 9(1), PP. 25-33.
- Coutinho, J., Dias, P., Ferreirinha, R. & Ribeiro, E. (2010). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiq. Clín.*, 37(4), pp. 145-151.
- Cunha, J. A. [et. al]. (2007). *Psicodiagnóstico-V*. (5 ed.) São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Cunha, S., Martins, V., Pires, R., Travado, L., & Ventura, C. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(XXII), pp. 533-550.
- Cyr, J. J., McKenna-Foley, J. M., & Peacock, E. (2010, Jun 10). Factor Structure of the SCL-90-R: Is There One?. *Journal of Personality Assessment*, pp. 571-578.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), pp. 381-387.

Fagan, C. Z., Noronha, A. P. P., & Padilha, S. (2007). Instrumentos de Avaliação Psicológica: Uso e Parecer de Psicólogos. *Avaliação Psicológica*, 6(1), pp. 69-76.

Figueiredo, K. M. (2012). Estudo das Propriedades Psicométricas do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI). (Pontifícia da Universidade Católica de Minas Gerais). Acedido em 24 de Junho de 2014, em

<http://premiosilvialane.abepsi.org.br/vencedores-7-edicao/VENCEDORES-KELYANE%20MADUREIRA-TCC.pdf>

Filho, R. J. & Moraes, A. V. (2015). O Psicodiagnóstico e a sua importância na iniciação clínica de estudantes de Psicologia. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido em 19 de Março de 2016, em <http://www.psicologia.pt>

Freitas, F. A., Noronha, A. P. P., & Ottati, F. (2003). Análise de Instrumentos de Avaliação de Interesses Profissionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), PP. 287-291.

Hutz, C. S. (2002). Avaliação Psicológica com Crianças e Adolescentes em Situação de Risco. *Avaliação Psicológica*, 1, pp. 73-79.

Jamus, D. R. & Mäder, am. J. (2005, August 29). A Figura Complexa de Rey e Seu Papel na Avaliação Neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, pp. 193-198.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.~

Leal, I. (2011). *A Entrevista Psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.

- Luiz, A., Rocha, E. F., & Zulian, M. A. R. (2003). Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar. *Revista Terapia Ocupacional Universidade São Paulo*, 14(2), pp. 72-78.
- Marinho, C., & Sancho, A. (2014). Avaliação da Eficiência da Intervenção Psicoterapêutica dos Grupos de Desenvolvimento de Competências Socio Emocionais no SPCP no período compreendido entre 2010 e 2013. Grupo de Desenvolvimento de Competências Socio-Emocionais: Avaliação da Eficácia. *Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa*, pp. 1-9.
- Marques, M. L. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do Psicólogo. *Estudos da Psicologia*, 2(1), pp. 7-27.
- Martins, L. A. G. O. (2011). Obesidade e Morbilidade Psicológica: psicopatologia, alterações de personalidade, auto-conceito e estratégias de coping em obesos selecionados e a aguardar a cirurgia barátrica. *Dissertação para obter o grau de Mestre, Universidade Católica Portuguesa*. Acedido a 26 de Outubro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/bistream/10400.14/8557/1/Tese%20Leonel.pdf>.
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no Ambiente Familiar e Dificuldades de Aprendizagem na Escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), pp. 135-142.
- Michelon, L., & Vallada, H. (2005). Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(Supl. 1), pp. 21-27.
- Moreno, D. H., Moreno, R., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(Supl. 1), pp. 39-48.
- Moura, C. F., & Pasquali, L. (2006). Construção de um teste objetivo de resistência à frustração. *Psico-USF*, 11(2), pp. 137-146.

- Negreiros, J., & Santana, S. M. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências* (Edição IDT), 14(1), pp. 17-24.
- Neubern, M. S. (2001). Três Obstáculos Epistemológicos para o Reconhecimento da Subjetividade na Psicologia Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), pp. 241-252.
- Nunes, C. H. S. S., Nunes, M. F. O., & Hutz, C. S. (2006). Uso Conjunto de Escalas de Personalidade e Entrevista para Identificação de Indicadores de Transtorno Anti Social. *Avaliação Psicológica*, 5(2), pp. 171-178.
- Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2006). Perfil Psicológico de Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa: A Ótica do Psicodiagnóstico. *Medicina, Ribeirão Preto*, 39(3), pp. 353-360.
- Oliveira, M. S., & Wagner, M. F. (2009). Habilidades Sociais e Abuso de Drogas em Adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19(2), pp. 101-116.
- Pereira, H., & Rabasquinho, C. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(XXV), PP. 439-454.
- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções para o Futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.26, pp. 25-30.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4(XXV), pp. 543-557.
- Ribeiro, L. A. (2010). Limitações na avaliação de perturbação de personalidade: Aspectos conceptuais e metodológicos. *Análise Psicológica*, 4(XXVIII), pp. 651-663.

Santos, R. F. G. (2009). *Capacidade atencional em Futebolistas de diferentes escalões e níveis competitivos*. Porto: R. Santos. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXII), pp. 441- 448.

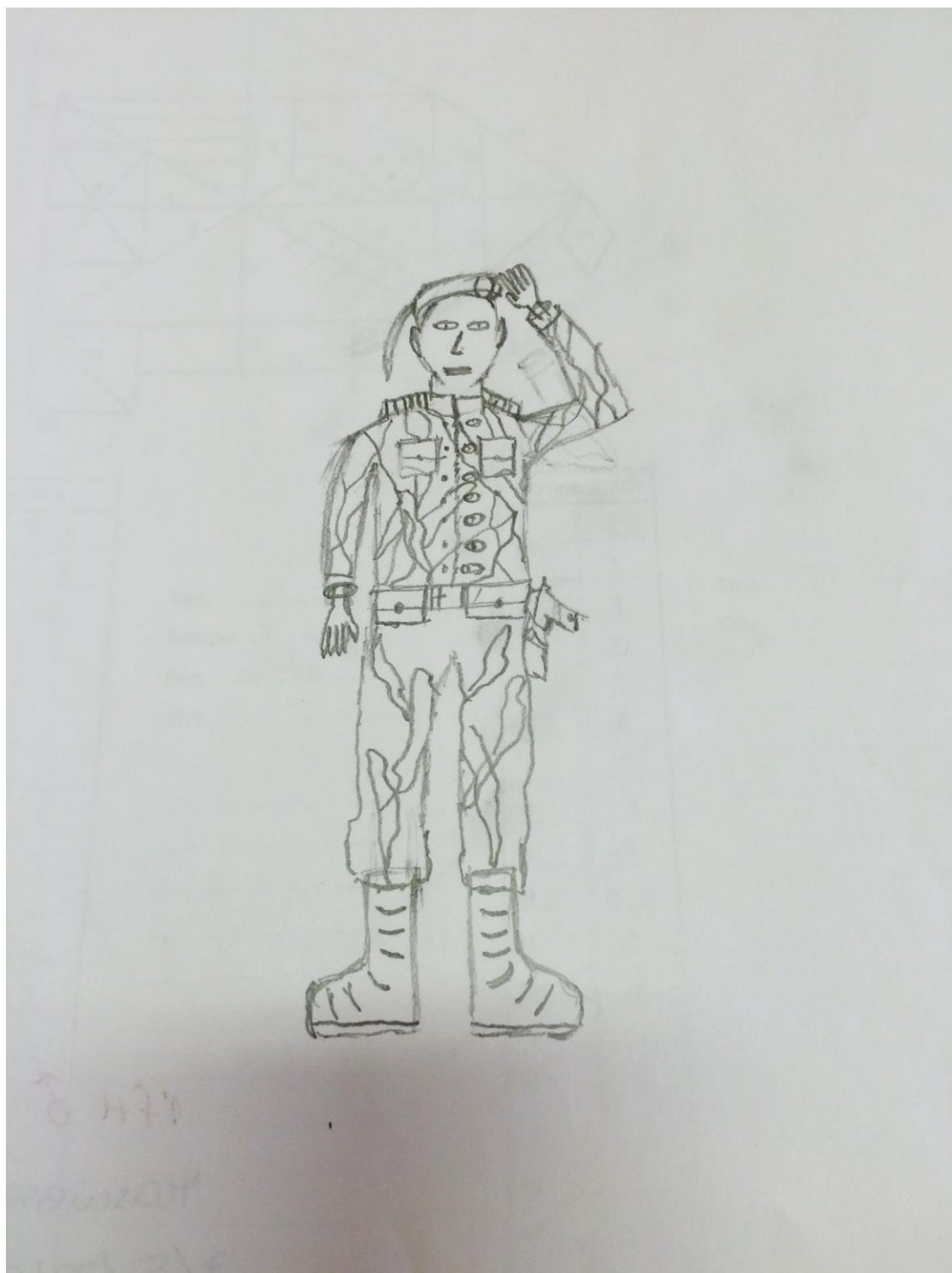
Teodoro, M. L. M. (2006). Afetividade e Conflito em Díades Familiares: Avaliação com o Familiograma. *Revista Interamericana de Psicologia/ Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), pp. 385-390.

Anexos

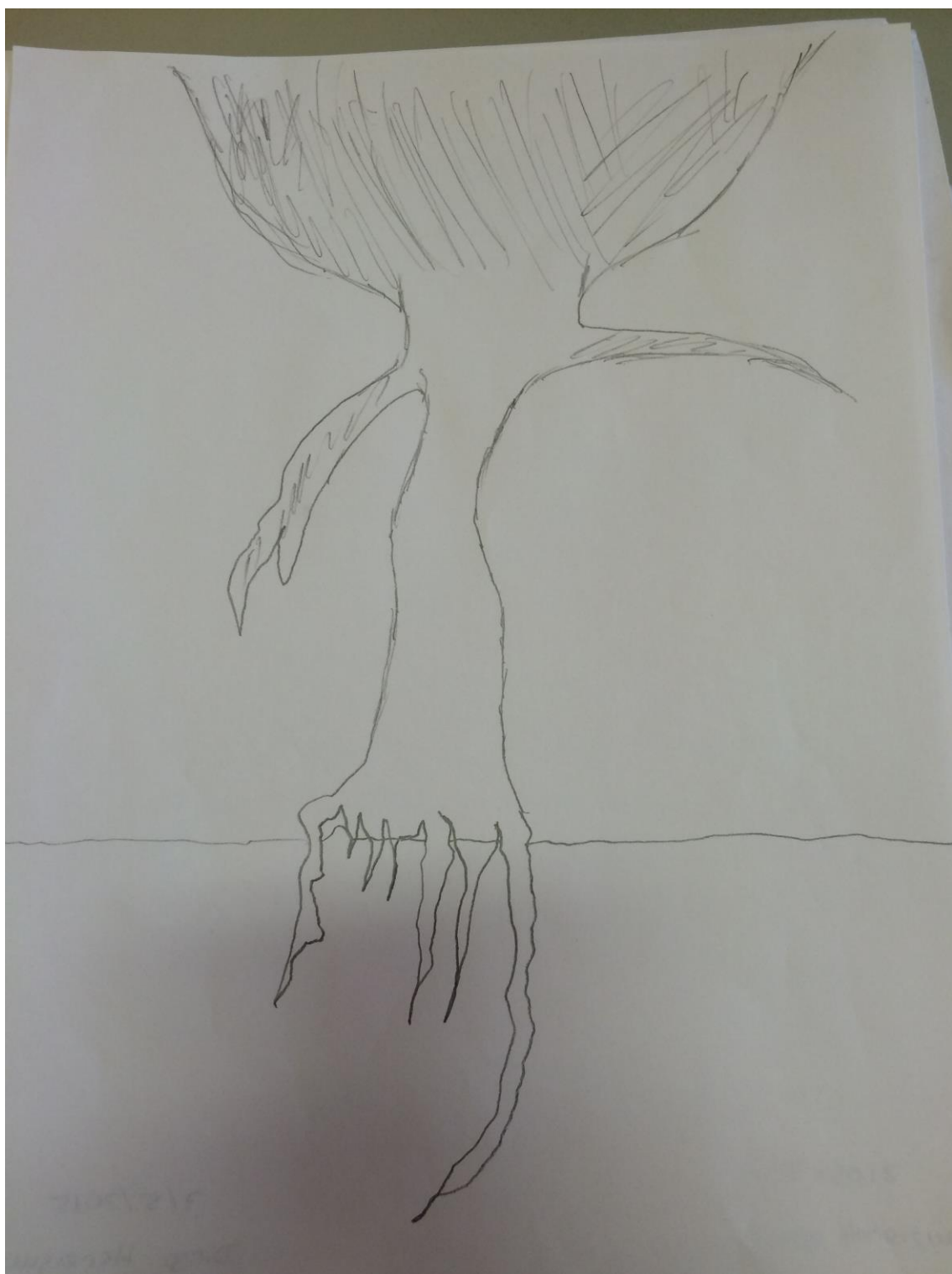
Anexo 1 – Caso H – Teste da Figura Humana (Género Feminino)



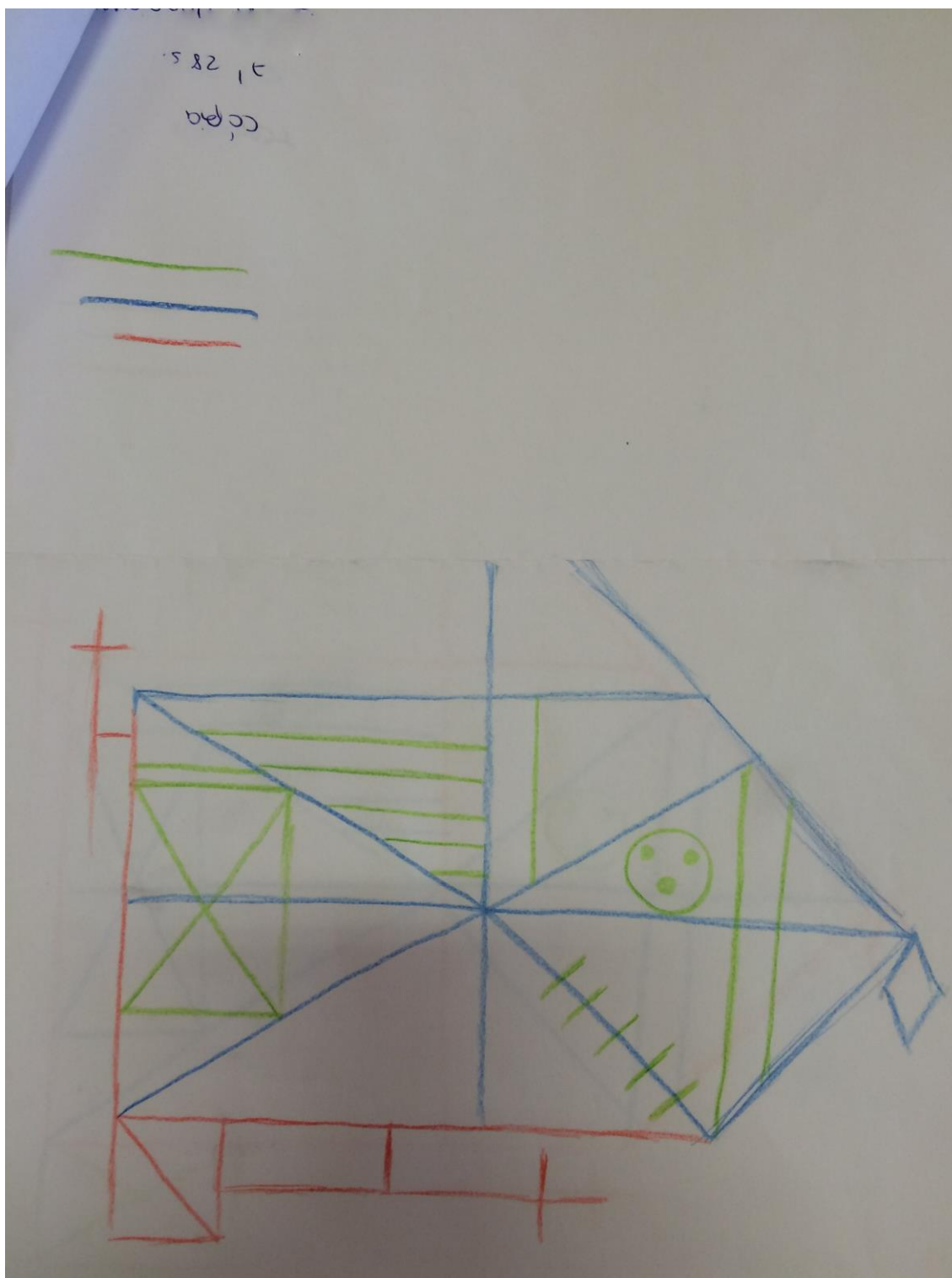
Anexo 1 – Caso H – Teste da Figura Humana (Género Masculino)



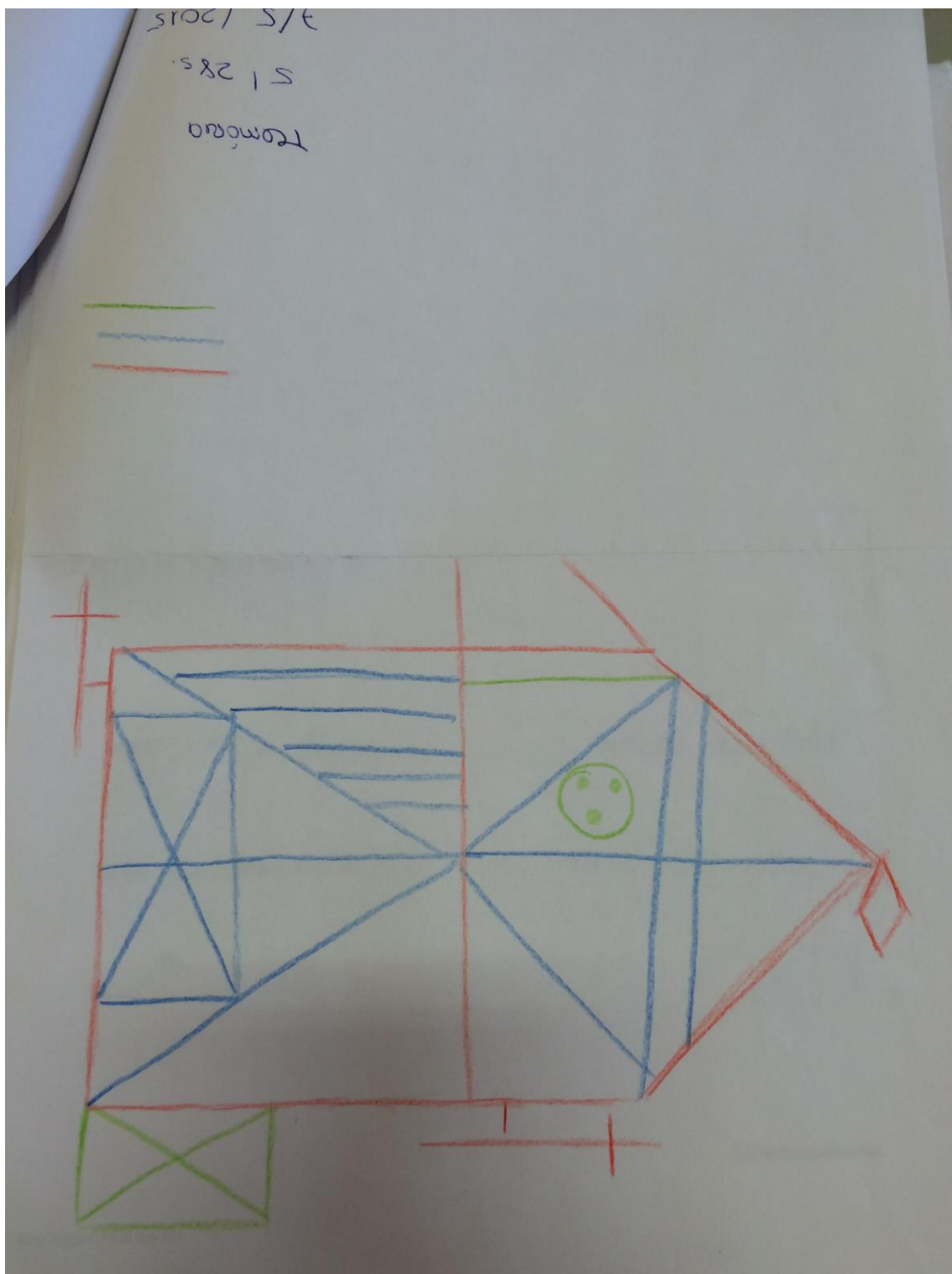
Anexo 2 – Caso H – Teste da Árvore



Anexo 3 – Caso H – Teste da Figura Complexa de Rey (Cópia)



Anexo 3 – Caso H – Teste da Figura Complexa de Rey (Memória)

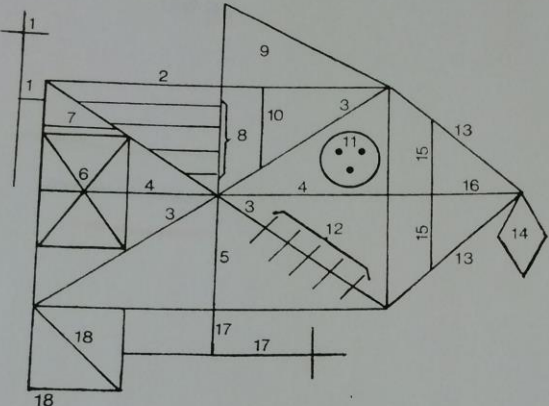


Anexo 3 – Caso H – Teste da Figura Complexa de Rey (Folha de cotação)

F. C. Rey

SERVIÇO CENTRAL DE PSICOLOGIA CLÍNICA
HOSPITAL JÚLIO DE MAIOS

NOME _____ PROFISSÃO Desempregada
 HABILITAÇÕES _____ IDADE 23
 DATA 8 / 5 / 2015



CÓPIA	
1	2
2	1
3	1
4	2
5	2
6	2
7	2
8	1
9	1
10	2
11	2
12	2
13	2
14	2
15	2
16	2
17	2
18	2
Total	32
Perc.	40-50

Tipo III
 Tempo 2' 28
 Perc. < P10
 Obs. _____

REPRODUÇÃO	
1	2
2	1
3	1
4	2
5	2
6	2
7	0
8	1
9	1
10	0,5
11	2
12	0
13	2
14	2
15	2
16	2
17	0,5
18	1
Total	24
Perc.	60

Tipo III
 Obs. _____

O PSICÓLOGO

Anexo 4 – Caso H – Teste de Frustração de Rosenzweig

P.F. - Rw

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Serviço de Psicologia Clínica

INSTRUÇÕES

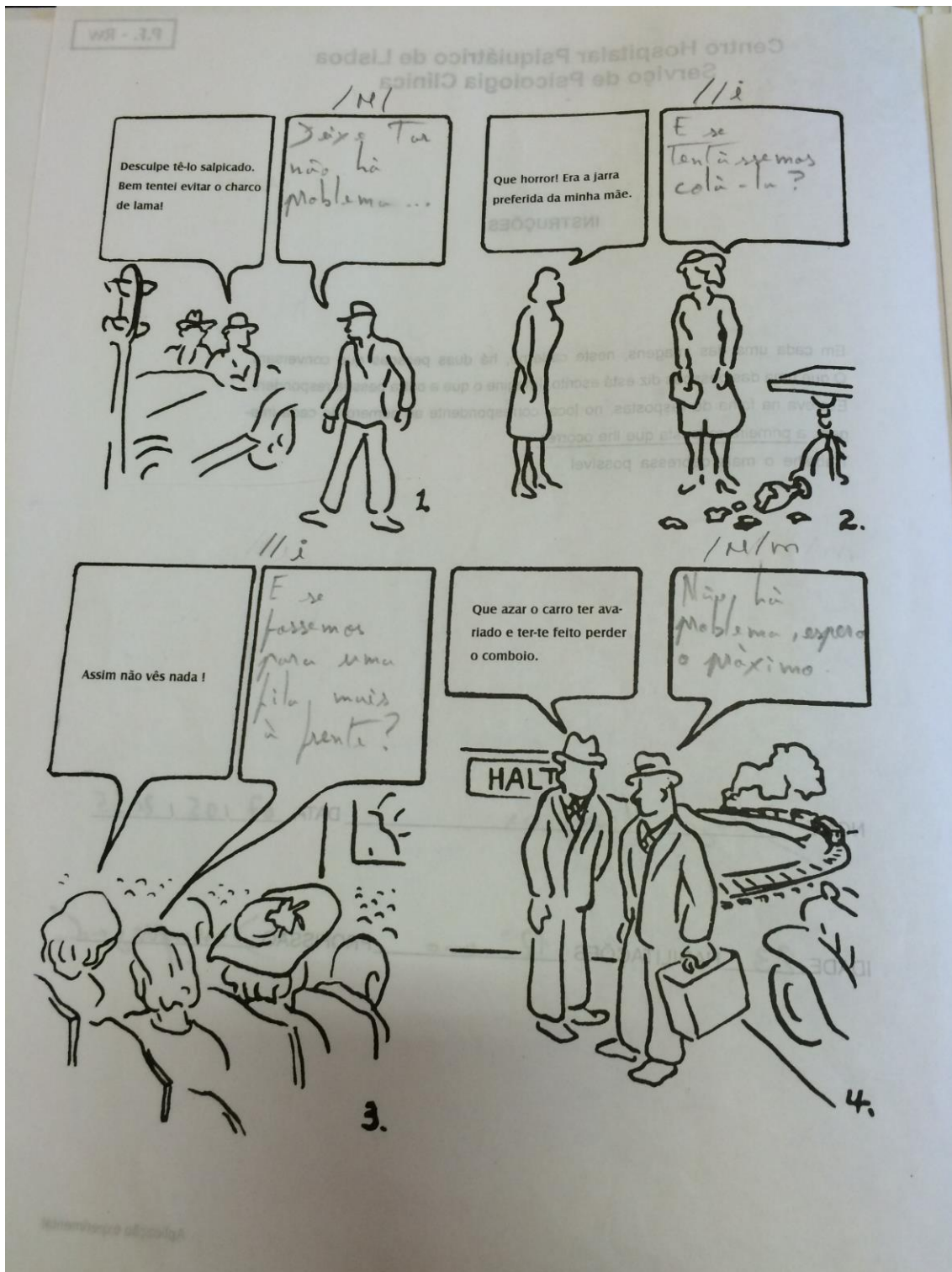
Em cada uma das imagens, neste caderno, há duas pessoas que conversam.
O que uma das pessoas diz está escrito. Imagine o que a outra pessoa responderá.
Escreva na folha de respostas, no local correspondente ao número de cada imagem, a primeira resposta que lhe ocorrer.
Trabalhe o mais depressa possível.

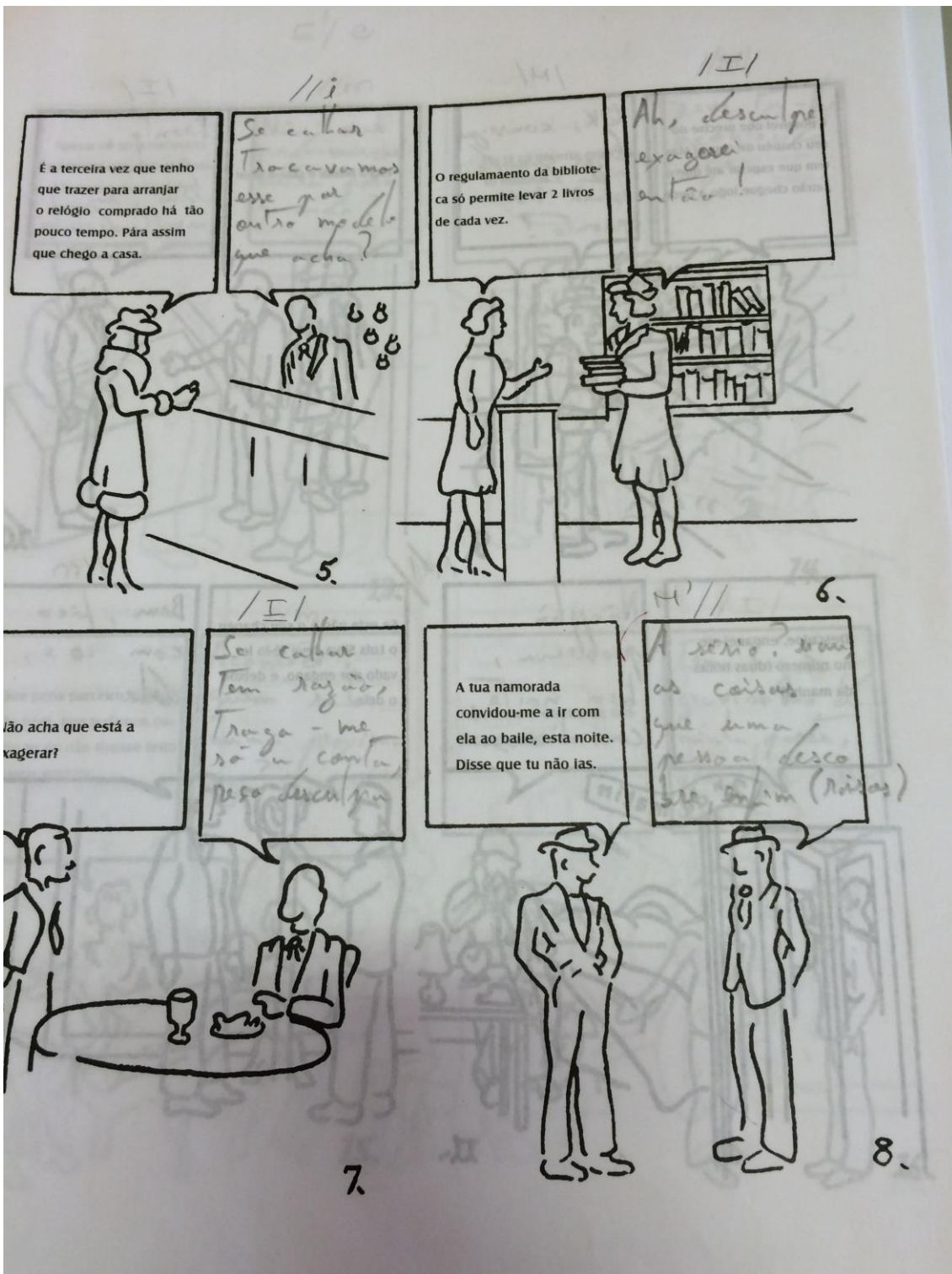
NOME João Pedro DATA 07 / 05 / 2015

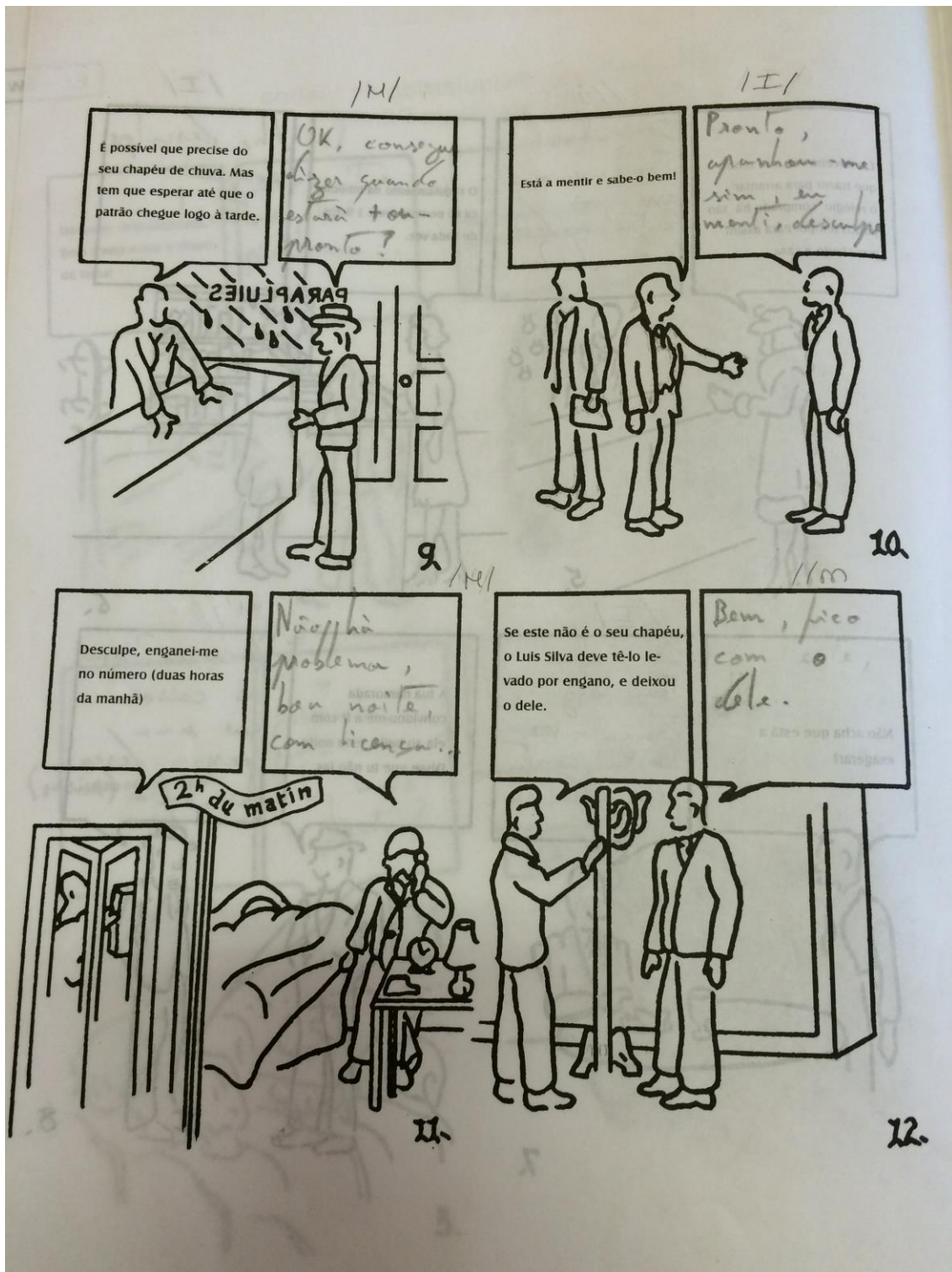
IDADE 23 HABILITAÇÕES 12^a ano PROFISSÃO Estudante

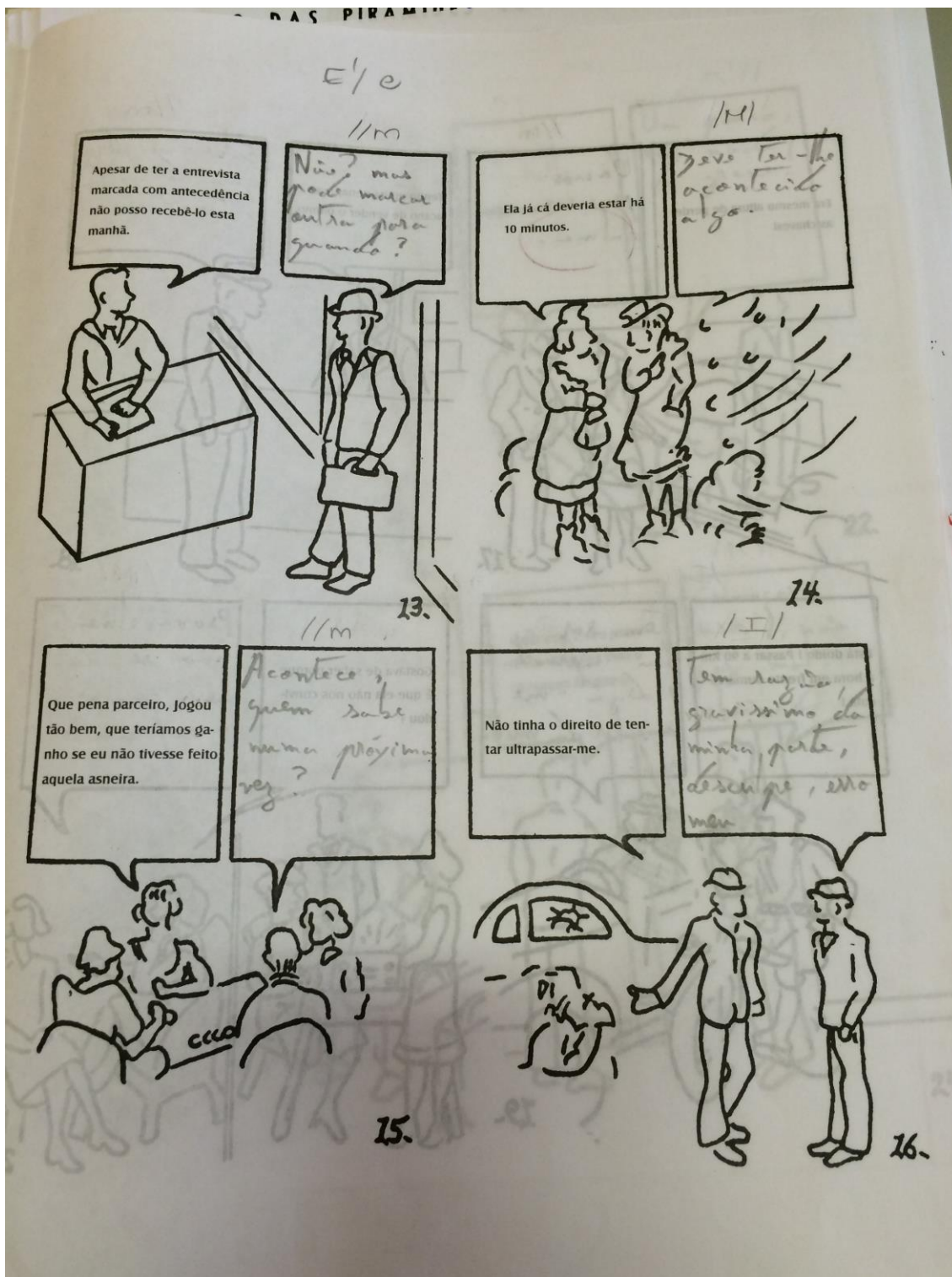
Aplicação experimental

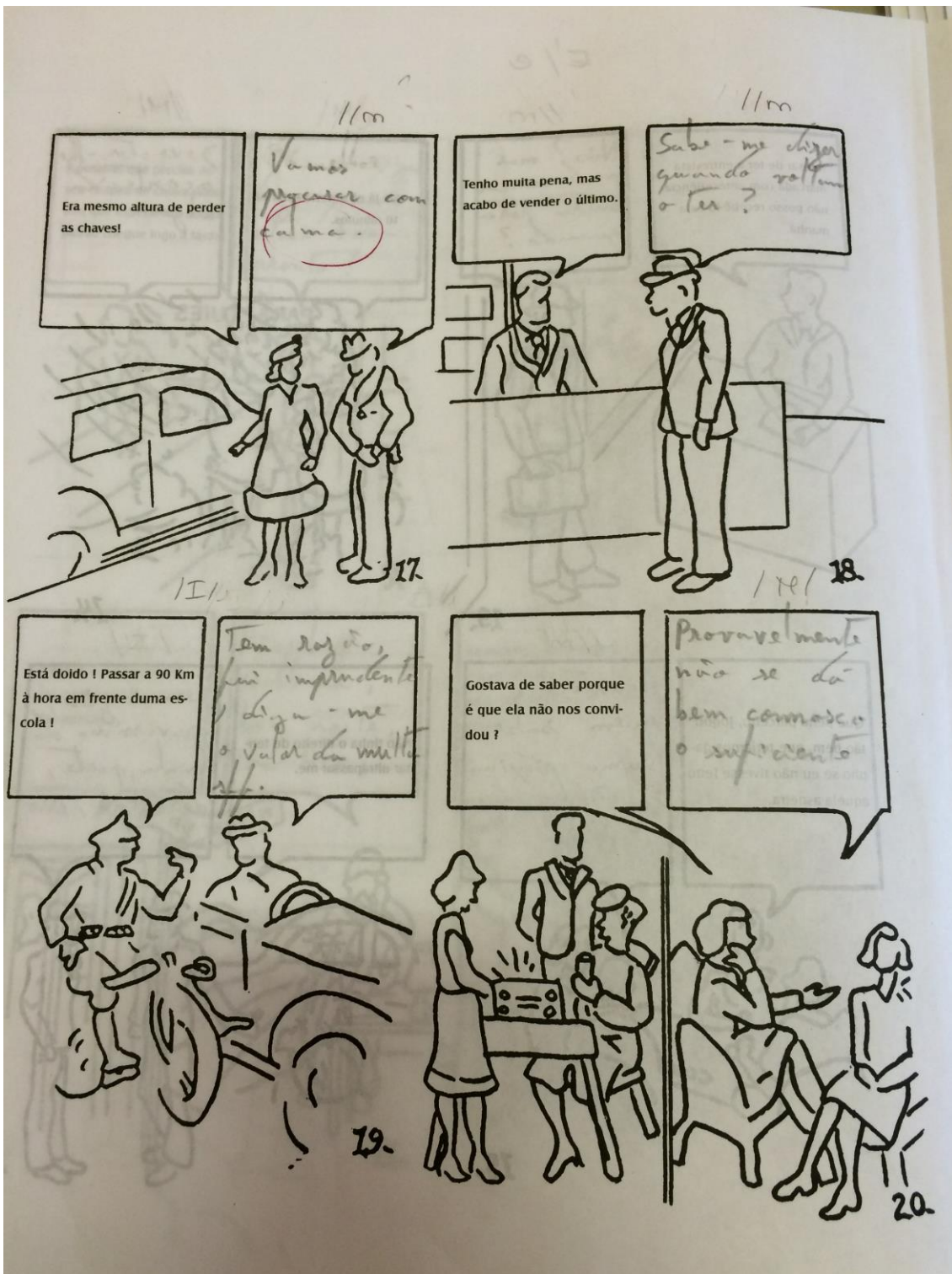
Cód. Artigo N.º 539 999 004

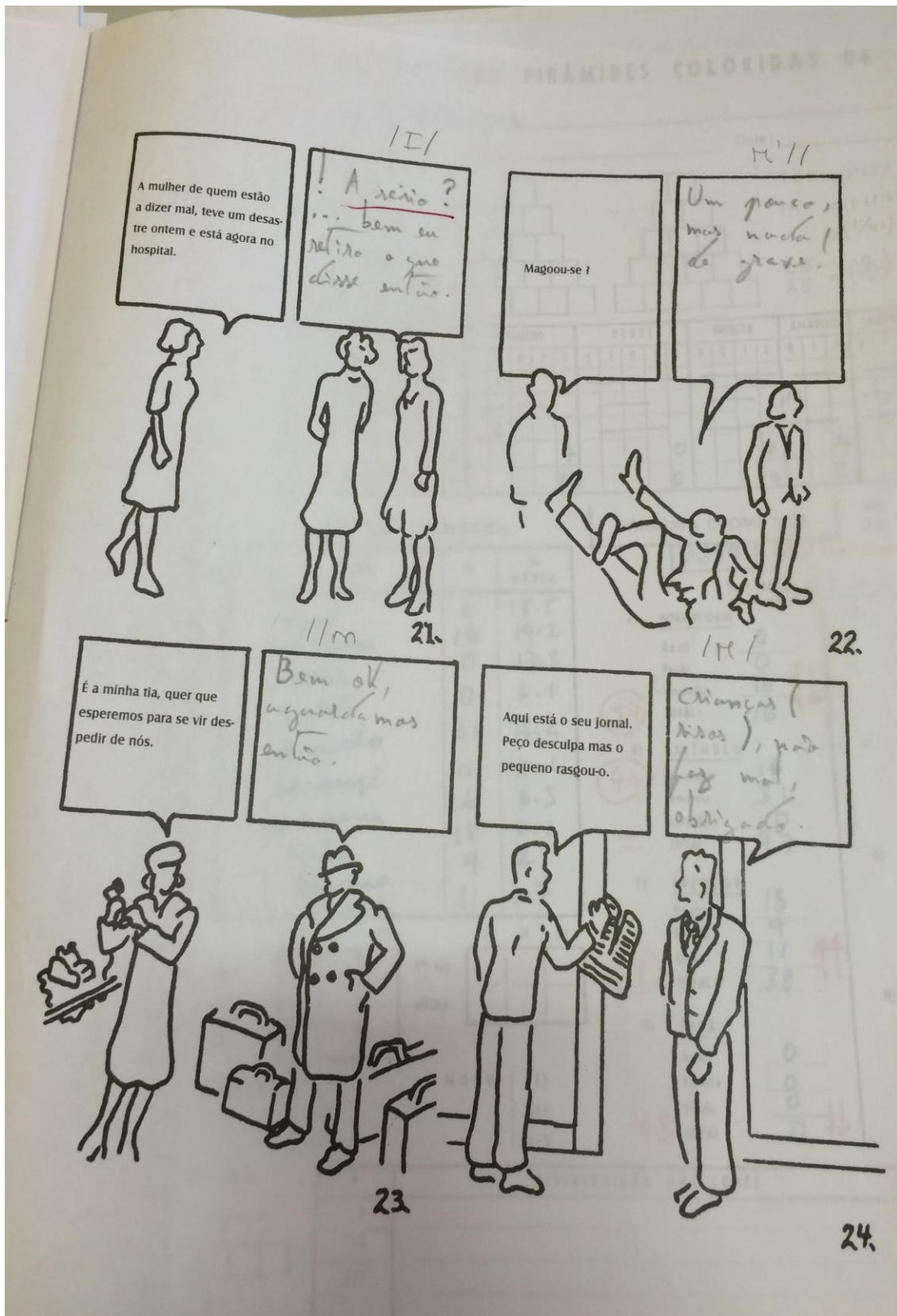












Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Serviço de Psicologia Clínica e Psicoterapias

P.F. - RW

8/5/2015

NOME: _____

Idade: 23

N.º	O - D	E - D	N - P	G.C.R.
1		M M		1
2			I	0
3			i	0
4		M M	m	1
5			i i	1
6		I		0
7		E E		0
8	M'			0
9		H E		0
10		I E		0
11		TE E		0
12			3	0
13		E	3	0
14		H		0
15			3	0
16		I E, I		1
17		E	3	0
18			3	0
19		I I		1
20		H		0
21	I'	I		0
22	TE' M'			1
23		E	3	0
24		TE M		1

G. C. R. Total: 7
Totalx100 = 43,75 %
16
Nota T- ±40

	O - D	E - D	N - P	Total	%	NOTA T
E	T= (0)	T= (0)	T= (0)	0	0	
I	T= (0)	T= (6)	T= (3)	(9)	37,5%	±70
M	T= (2)	T= (7)	T= (6)	15	62,5%	±70
Total	2	13	9	24	100	
%	8,33%	54,17%	37,5%	100		
NOTA T	±35	±50	±70			

PADRÕES CLÁSSICOS

- 1 $M > I > E$
- 2 $ED > NP > OD$
- 3 $M > m > I > E$

PADRÕES ADICIONAIS

	Nota Bruta	%	Nota T
E	0	31,7%	
I	1	25,9%	
E+I	1	23,7%	

TENDÊNCIAS

	Valor	T	Valor	T	Valor	T
1						
2						
3						
4						
5						
Total de Tendências significativas			Número Bruto		Nota T	

Aferição Americana		
00000186		
DH		
03/04/1992		
M		
SOL		
29/05/2015		
 Sumário		
V Validity	0	
X Disclosure >>		91
Y Desirabilit >>		34
Z Debasement >>		87
1 Schizoid It >>		101
2 Avoidant It >>		99
3 Dependent I >>		71
4 Histrionic >>		43
5 Narcissisti >>		66
6A Antisocial >>		97
6B Aggressive >>		71
7 Compulsive >>		27
8A Passive-A >>		
106 8B Self-Defea >>		98
S Schizotypal >>		
112		
C Borderline >>		102
P Paranoid It >>		70
A Anxiety It >>		70
H Somatoform >>		52
N Bipolar: Ma >>		49
D Dysthymia I >>		91
B Alcohol Dep >>		60
T Drug Depend >>		68
SS Thought Di >>		75
CC Major Depr >>		71
PP Delusional >>		65
Fator de Risco:	3	
59. Ultimamente, tenho pensado seriamente em acabar comigo.		
79. Há vários anos que tenho sérios pensamentos de suicídio.		
136. Nos últimos anos tenho-me sentido tão culpado que poderei fazer algo terrível a mim próprio.		
 Dados Completos		

Anexo 6 – Caso H – Teste MMPI

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	RESULTADOS BRUTOS
1 X	1	1 X	1	1 X	1	1 X	1	1	1	1
2 X	2	2	2	2 X	2	2 X	2 X	2	2	2
3	3 X	3 X	3	3	3 X	3	3	3	3	3
4 X	4 X	4	4	4	4 X	4 X	4	4	4	4
5 X	5	5 X	5	5 X	5	5 X	5 X	5 X	5 X	5
6 X	6	6 X	6 X	6	6	6 X	6 X	6	6	6
7	7	7 X	7	7 X	7	7 X	7	7	7	7
8 X	8 X	8 X	8	8	8	8 X	8	8	8	8
9 X	9 X	9 X	9 X	9	9 X	9 X	9	9	9	9
10	10	10 X	10 X	10 X	10 X	10 X	10 X	10 X	10	10
11	11	11	11 X	11	11 X	11	11	11 X	11 X	11
12 X	12	12 X	12	12	12 X	12 X	12 X	12 X	12	12
13	13 X	13 X	13	13	13 X	13 X	13	13 X	13	13
14	14	14 X	14 X	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15 X	15	15	15	15	15 X	15 X	15 X	15
16	16	16 X	16 X	16	16	16	16 X	16	16	16
17	17	17 X	17	17 X	17	17 X	17	17	17	17
18	18	18	18 X	18 X	18 X	18	18 X	18	18 X	18
19 X	19	19	19 X	19	19	19 X	19	19 X	19	19
20	20	20 X	20 X	20	20	20 X	20	20	20	20
21 X	21 X	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22 X	22	22	22 X	22 X	22	22 X	22	22
23 X	23	23 X	23	23	23 X	23	23	23 X	23	23
24 X	24	24 X	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25 X	25	25	25	25	25	25 X	25 X	25
26 X	26	26	26	26 X	26 X	26 X	26 X	26 X	26	26
27	27 X	27 X	27	27	27	27	27	27 X	27 X	27
28	28 X	28	28	28 X	28 X	28	28	28 X	28 X	28
29	29	29 X	29	29 X	29	29 X	29 X	29 X	29	29
30	30	30 X	30	30	30	30	30	30 X	30	30
31	31	31 X	31 X	31 X	31	31 X	31	31 X	31	31
32	32	32 X	32 X	32	32	32	32 X	32 X	32 X	32
33	33	33 X	33	33 X	33 X	33	33 X	33 X	33	33
34	34	34	34	34	34 X	34	34	34	34 X	34
35 X	35 X	35 X	35	35 X	35 X	35	35	35 X	35 X	35
36 X	36 X	36 X	36	36 X	36 X	36 X	36 X	36 X	36	36
37 X	37 X	37 X	37	37 X	37	37 X	37 X	37 X	37	37
38 X	38	38 X	38 X	38 X	38 X	38 X	38 X	38 X	38	38
39	39	39	39 X	39	39 X	39	39	39 X	39	39
40	40	40	40	40 X	40	40	40	40	40	40
41	41 X	41 X	41	41	41 X	41	41	41 X	41	41
42	42	42	42 X	42 X	42 X	42 X	42 X	42 X	42	42
43	43 X	43	43	43 X	43 X	43	43	43 X	43	43
44	44 X	44	44	44 X	44 X	44	44	44	44	44
45 X	45 X	45 X	45 X	45	45 X	45 X	45	45	45	45
46	46	46 X	46 X	46 X	46 X	46 X	46	46 X	46 X	46
47	47	47 X	47 X	47 X	47 X	47	47 X	47 X	47	47
48 X	48 X	48 X	48 X	48	48	48 X	48	48 X	48	48
49	49	49	49	49 X	49 X	49 X	49	49	49	49
50	50 X	50	50	50 X	50 X	50 X	50 X	50	50	50
51	51	51	51	51	51 X	51	51 X	51	51 X	51
52 X	52	52	52 X	52	52 X	52	52	52	52	52
53	53 X	53 X	53	53	53 X	53	53 X	53	53	53
54	54 X	54	54	54 X	54 X	54	54	54	54	54
55 X	55 X	55	55 X	55 X	55 X	55 X	55 X	55	55	55
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	

0

5

12

25

13

38

27

33

42

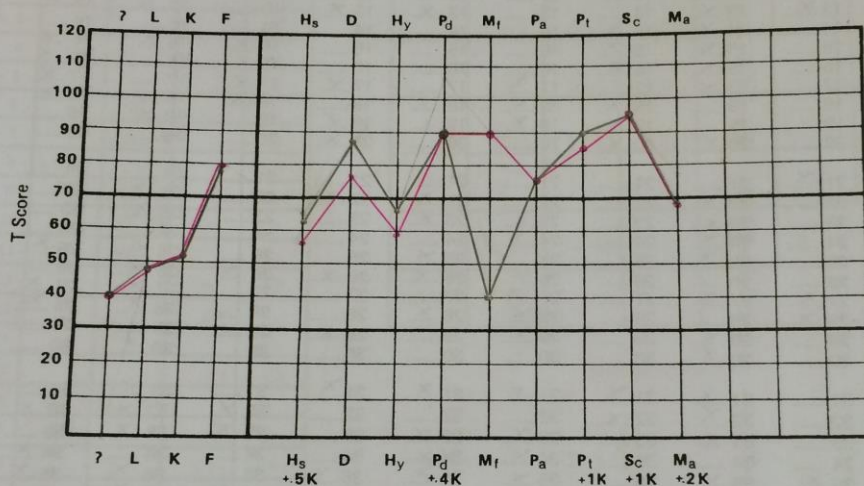
24

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Serviço de Psicologia Clínica

M.M.P.I

Nome _____ Data 26/5/2015
Endereço _____ Idade 23 Sexo FP Estado S
Profissão _____ Examinador _____

PERFIL



Pontos «Standard» (T) 40 48 51 78 63 87 66 90 40 75 90 95 69
Resultados brutos 0 5 12 25 13 38 27 33 20 18 36 42 24
F - K = 25 - 12 = 13 T(72)
K a juntar 6 15 12 12 2
R. Brutos com K 19 38 48 54 26

$$AI = \frac{Hs + D + Hy}{3} + (D + Pd) - (Hs + Hy) = \frac{19 + 38 + 27}{3} + (38 + 48) - (19 + 27)$$

$$\frac{84}{3} + (86) - (46) = 28 + 40 = 68$$

$$2 = \frac{Hs + D + Pd}{Hy + Pd + Ma} = \frac{19 + 38 + 48}{27 + 38 + 26} = \frac{105}{91} = 1,15$$

Rubrica _____

Mod. 1049 - 500 ex. EA63 grs. - 9-81 - M.R. Feminino

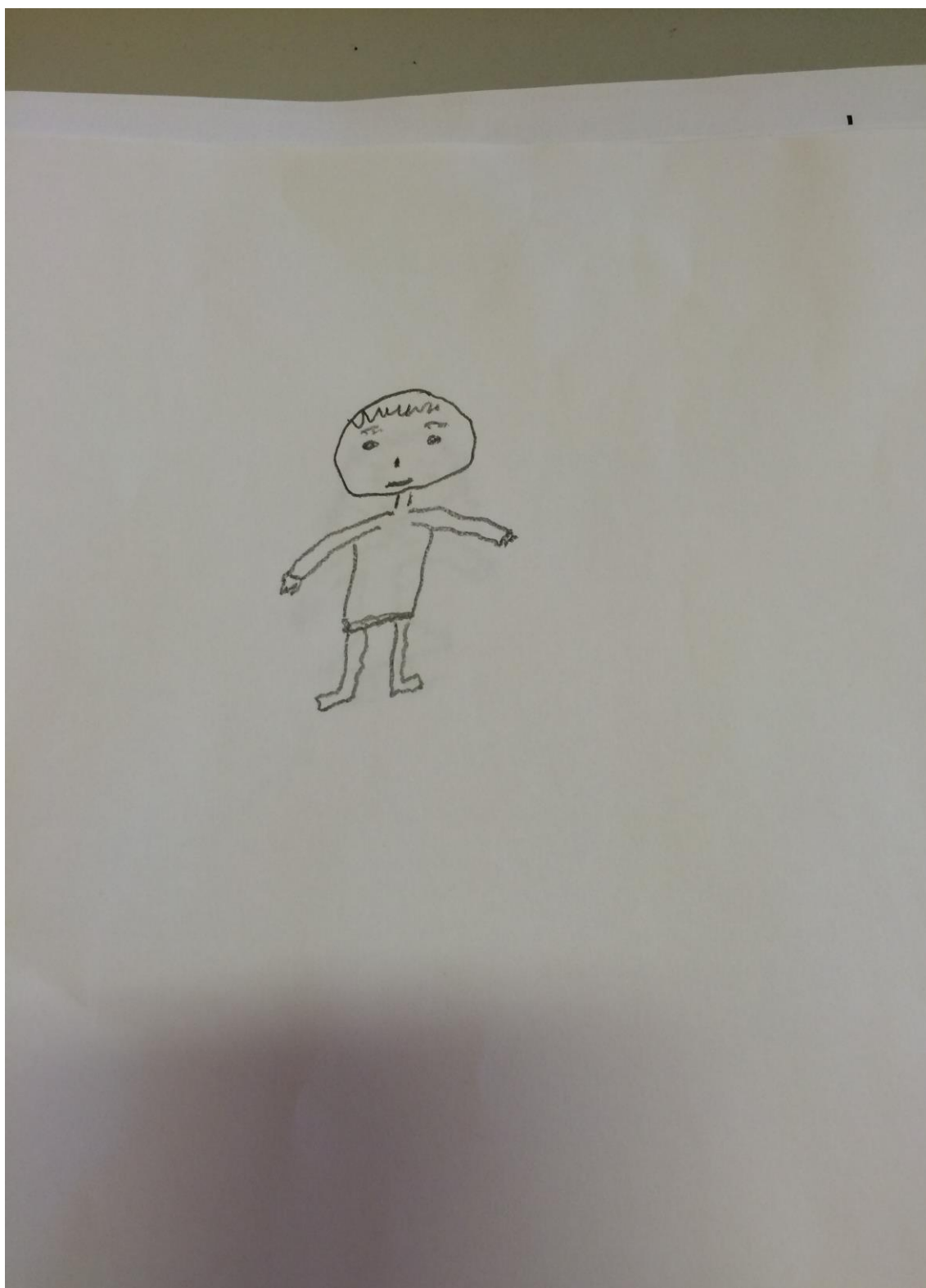
Cod. Artigo: 531002177

	?	L	K	F	Hs+5K	D	Hy	Pd+4K	Mi	Pa	Pi+1K	Sc+1K	Ma+2K
Pontos «Standard»	40	48	51	78	56	76	59	90	90	75	85	95	69
Resultados brutos	0	5	12	25	13	38	27	33	20	18	36	42	24
R. Brutos c/ K					19			38			48	54	26

Anexo 7 – Caso M – Teste da Figura Humana (Género Feminino)



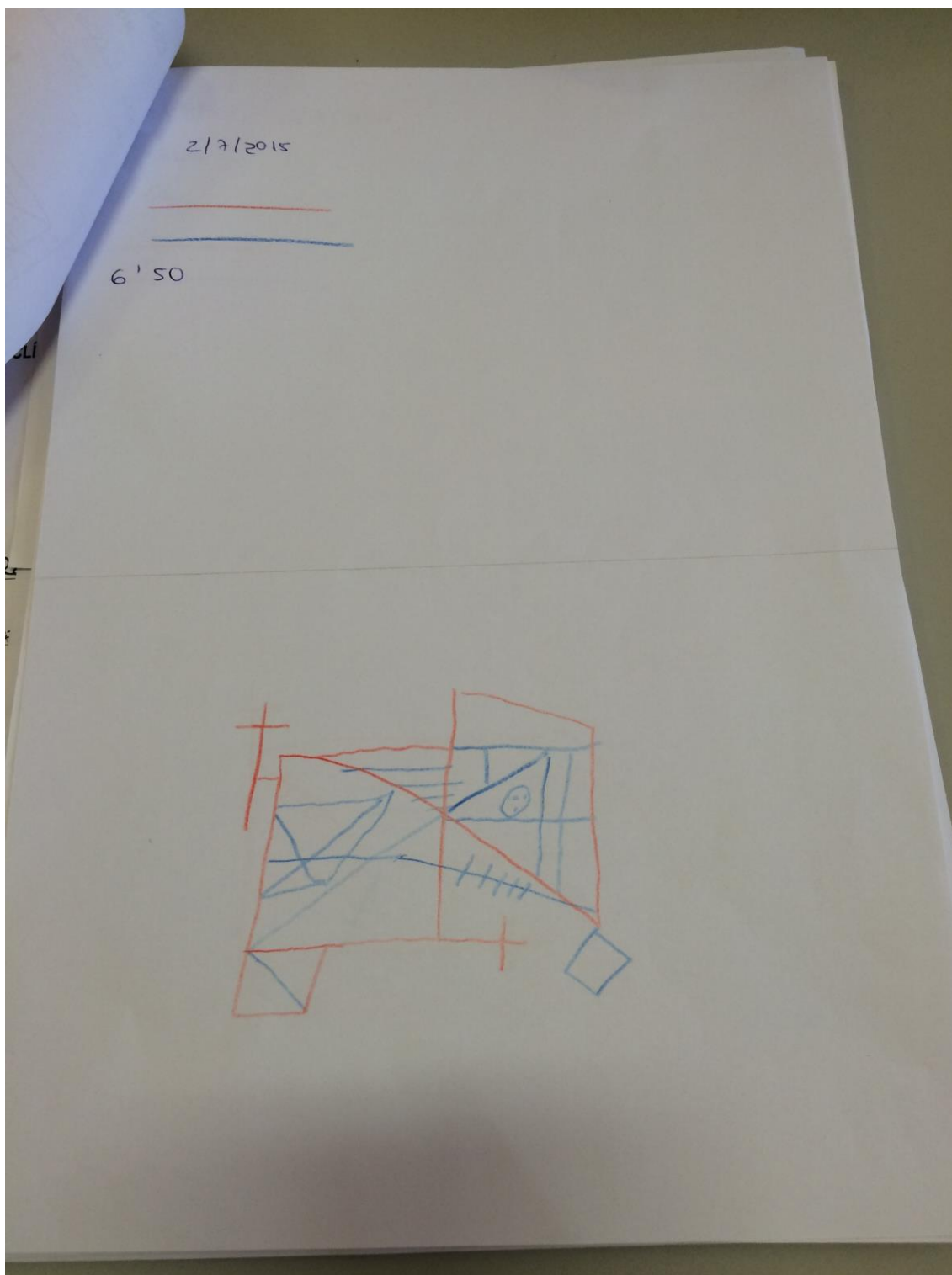
Anexo 7 – Caso M – Teste da Figura Humana (Género Masculino)



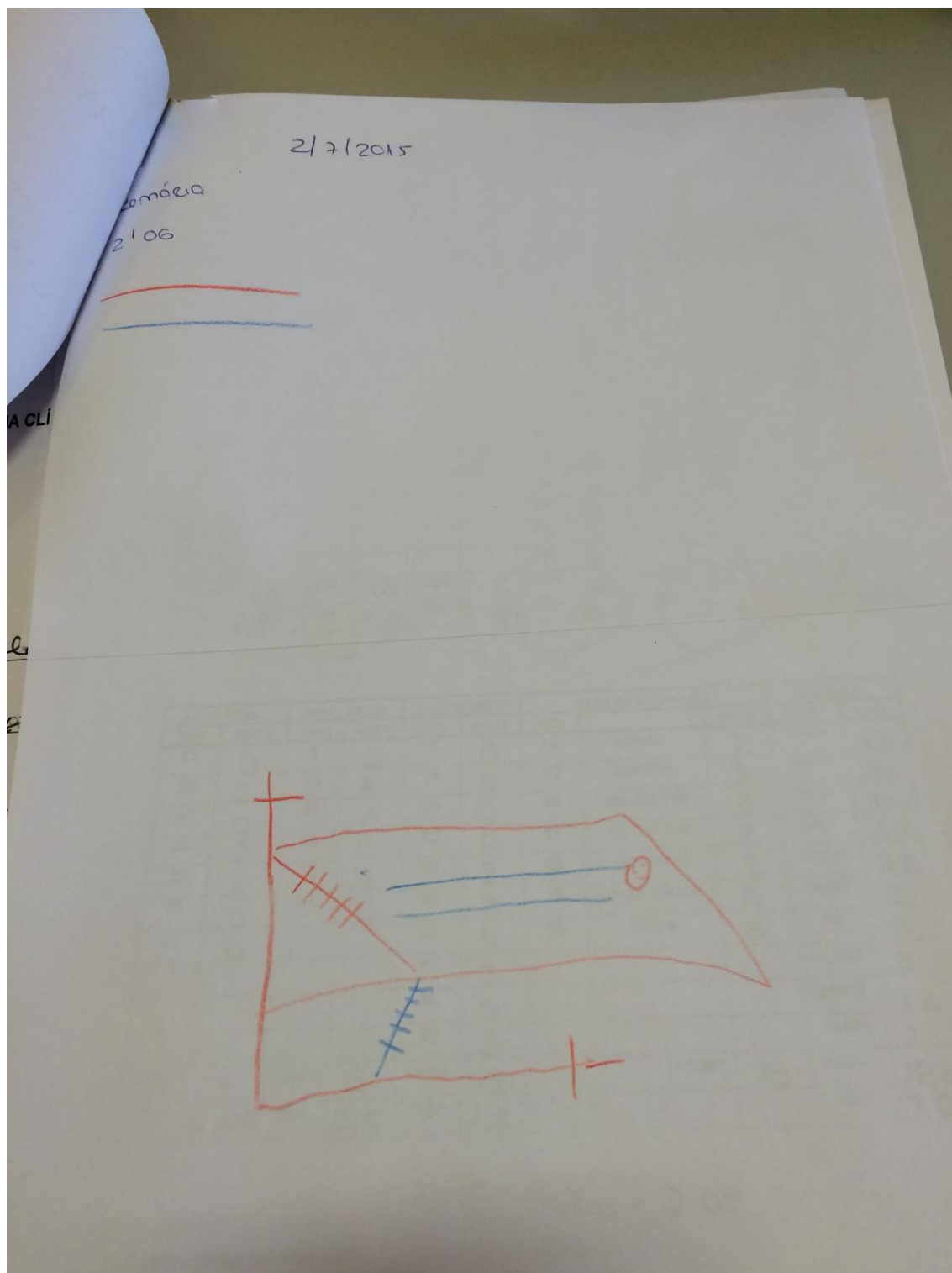
Anexo 8 – Caso M – Teste da Árvore



Anexo 9 – Caso M – Teste da Figura Complexa de Rey (Cópia)



Anexo 9 – Caso M – Teste da Figura Complexa de Rey (Memória)



SERVIÇO CENTRAL DE PSICOLOGIA CLÍNICA
HOSPITAL JULIO DE MATOS

F. C. Rey

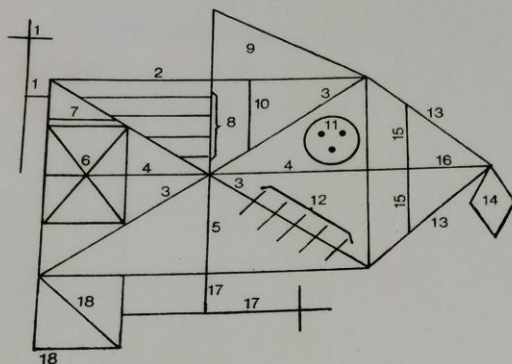
NOME _____

PROFISSÃO Desempregada

HABILITAÇÕES _____

IDADE 52

DATA 21/7/2015



CÓPIA	
1	2
2	1
3	1
4	1
5	2
6	1
7	0
8	2
9	1
10	2
11	2
12	1
13	0
14	1
15	1
16	0
17	1
18	2
Total	21
Perc.	P<10

Tipo III
Tempo 6'50
Perc. P<25
Obs. _____

REPRODUÇÃO	
1	1
2	1
3	0
4	2
5	0
6	0
7	0
8	0,5
9	0
10	0
11	0,5
12	1,5
13	0
14	0
15	0
16	0
17	1
18	0
Total	8
Perc.	P<10

Tipo III
Obs. _____

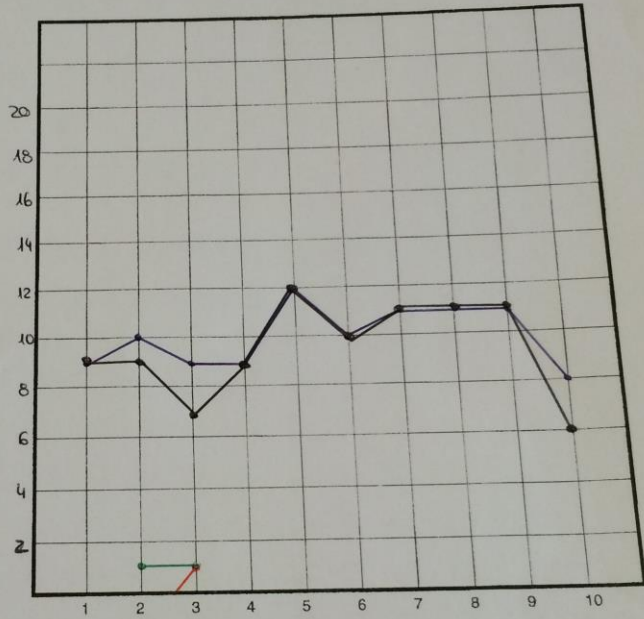
O PSICÓLOGO

Anexo 10 – Caso M – Teste Toulouse-Piéron

A. V. E. - T. P. (R)

Serviço Central de Psicologia Clínica
H. J. M.

	(A)	(E)	(O)	(RT)
1	9	-	-	9
2	10	-	1	9
3	9	1	1	7
4	9	-	-	9
5	12	-	-	12
6	10	-	-	10
7	11	-	-	11
8	11	-	-	11
9	11	-	-	11
10	8	-	2	6
Total	100	1	4	95



$$ID = \frac{E + O}{A} \times 100 = \frac{1 + 4}{100} \times 100 = 5$$

$$RT = A - (E + O) = 100 - (1 + 4) = 95$$

NOME			DATA 2/7/2015
IDADE 52	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO Desempregada	PSICÓLOGO: Débora Duarte

Código Art.º 531002160

Anexo 11 – Caso M – Teste SCL-90-R

21/12/2015

somatização		obs-comp.		interf.sens.		depressão		ansiedade		hostilidade	
item	score	item	score	item	score	item	score	item	score	item	score
1	1	3	4	6	2	5	1	2	3	11	1
4	2	9	3	21	2	14	3	17	2	24	1
12	3	10	1	34	4	15	2	23	3	63	0
27	2	28	3	36	3	20	4	33	4	67	0
40	4	38	3	37	1	22	1	39	4	74	0
42	2	45	4	41	3	26	4	57	3	81	0
48	4	46	3	61	1	29	4	72	3		
49	3	51	1	69	2	30	4	78	4		
52	0	55	4	73	3	31	4	80	4		
53	3	65	0			32	4	86	2		
56	1					54	3				
58	1					71	3				
						79	3				
total=	26	total=	28	total=	24	total=	40	total=	32	total=	2
/12=	2,167	/10=	2,8	/9=	2,666	/13=	3,077	/10=	3,2	/6=	0,333(3)

ansio.fóbic.		ideac. paran.		psicoticismo		escalas adicionais		sint.gen.in.	
item	score	item	score	item	score	item	score	factor	total
13	0	8	0	7	0	19	apetite-	2	26
25	0	18	1	16	0	60	apetite+	3	26
47	0	43	1	35	0	44	sip.dist PM	2	21
50	2	68	0	62	0	64	sip.dist AM	2	40
70	1	76	1	77	2	66	sip Restis	2	32
75	0	83	0	84	3	59	pens. morte	4	2
82	0			85	4	89	culpa	3	3
				87	0			id. para	3
				88	0			psicot	12
				90	3			adicio	18
total=	3	total=	3	total=	12	total=	18	total=	183
/17=	0,429	/6=	0,5	/10=	1,2			/90=	2,03(3)

$$ISP = \frac{183}{60} = 3,05$$

Anexo 12 – Caso M – Teste da WAIS – R

WAIS-R
 ESCALA DE INTELIGÊNCIA
 DE WECHSLER
 PARA ADULTOS - REVISTA

Nome _____

Folha de Notação Sexo F Idade 52 Habilitações 12º ANO

Profissão DESEMPREGADA

Examinador _____

ANO _____ Mês _____ Dia _____

Data de exame _____

Data de nascimento _____

Idade _____

TABELA DE CONVERSÃO DAS NOTAS BRUTAS EM NOTAS STANDARD

NOTAS BRUTAS												Notas standard
TESTES VERBAIS						TESTE DE PERFORMANCE						
Notas standard	Informação	Memória dos algarismos	Vocabulário	Aritmética	Compreensão	Semelhanças	Complemento de imagens	Ordenação de imagens	Cubos	Reconstituição de objectos	Código	Notas standard
19	-	25-28	67-70	-	30-32	28	-	-	-	41	90-93	19
18	29	24	65-66	-	29	27	-	-	51	-	88-89	18
17	28	23	63-64	19	-	-	-	-	-	40	84-87	17
16	27	22	61-62	-	28	26	20	20	50	-	80-83	16
15	26	20-21	59-60	18	27	25	-	-	49	39	77-79	15
14	25	19	56-53	17	26	24	19	19	47-48	38	74-76	14
13	23-24	17-18	52-55	16	24-25	23	-	18	45-46	36-37	71-73	13
12	21-22	16	48-51	15	22-23	22	18	17	43-44	35	67-70	12
11	19-20	15	45-47	14	20-21	21	17	16	40-42	34	63-66	11
10	17-18	14	40-44	13	19	19-20	16	15	37-39	32-33	59-62	10
9	15-16	13	35-39	11-12	17-18	17-18	15	13-14	34-36	31	54-58	9
8	13-14	12	30-34	10	15-16	15-16	14	12	30-33	30	50-53	8
7	11-12	11	25-29	8-9	13-14	13-14	13	10-11	26-29	27-29	46-49	7
6	9-10	9-10	20-24	7	11-12	11-12	12	8-9	23-25	24-26	42-45	6
5	7-8	8	15-19	6	9-10	9-10	10-11	7	20-22	21-23	37-41	5
4	6	7	12-14	5	7-8	7-8	8-9	5-6	17-19	18-20	29-36	4
3	5	5-6	9-11	4	5-6	6	7	3-4	12-16	16-17	20-28	3
2	4	4	5-8	3	4	5	6	2	8-11	14-15	12-19	2
1	0-3	0-3	0-4	0-2	0-3	0-4	0-5	0-1	0-7	0-13	0-11	1

RESULTADOS FINAIS

TESTES VERBAIS	Nota bruta	Nota standard	DM
Informação	8	5	5
Memória algarismos	11	7	7
Vocabulário	23	6	6
Aritmética	6	5	-
Compreensão	13	7	-
Semelhanças	13	7	7
Nota verbal		37	
TESTES REALIZAÇÃO			
Complemento de imagens	10	5	5
Ordenação de imagens	2	2	-
Cubos	16	3	4
Reconstituição de objectos	19	4	4
Código	42	6	6
Nota de realização		20	

S.:

DM = $\frac{20-24}{20} = -\frac{4}{20} = -20\%$

	Soma das notas standard	Q.I.
ESCALA VERBAL	37	79
ESCALA DE REALIZAÇÃO	20	76
ESCALA TOTAL	57	76

GIA CI

1. INFORMAÇÃO		Nota 1 ou 0
Parar após 5 insucessos consecutivos		
1. Bandeira		1
2. Bola		1
3. Mês		1
4. Termômetro		1
5. Júlio Dinis	escritor	1
6. Dia do Trabalhador	10 de junho	1
7. Sol		1
8. D. Sebastião		1
9. Semanas	52	1
10. A. Christie	escritora	1
11. Habitantes	10 mil	1
12. Levedura		1
13. Luís de Camões		1
14. Brasil	América do Sul	1
15. Hamlet		1
16. Relatividade		1
17. Kilimanjaro		1
18. Gioconda		1
19. Vasco da Gama		1
20. Advogado		1
21. Vasos Sanguíneos		1
22. Alcorão		1
23. M.L. King		1
24. Finlândia		1
25. Genesis		1
26. Fausto		1
27. New York		1
28. Roma		1
29. Universidade		1
Total		Max=29 8

Nota: Certifique-se de ter incluído os pontos dos itens de 1 a 4 no Total

2. COMPLEMENTO DE IMAGENS		Nota 1 ou 0
Parar após 5 insucessos consecutivos		
1. Porta	puirador da praia	1
2. Tênis	nosquete	1
3. Rã	para dentro	1
4. Carta		1
5. Carro	limpa pássaros	1
6. Jarro		1
7. Cara		1
8. Alicata	falsa alguma coisa	1
9. Barco	de dentro de um outro dentro do outro	1
10. Passeio	menos coisas do que	1
11. Toilete	branco	1
12. Caranguejo	para a menor	1
13. Violino	falsa melodia	1
14. Paisagem	semelhante ao trabalho	1
15. Relógio	falta a ponteira	1
16. Folha		1
17. Homem		1
18. Cavalo	está mole se põe os pés	1
19. Perfil		1
20. Casa		1
Total		Max=20 10

3. MEMÓRIA DOS ALGARISMOS			Parar após insucesso nos DOIS ENSAIOS do mesmo item. Aplicar os DOIS ENSAIOS em cada item, mesmo que o sujeito tenha sucesso no 1º ensaio.				
ORDEM DIRECTA		Sucesso Insucesso	Nota 2, 1, 0	ORDEM INVERSA*	Sucesso Insucesso	Nota 2, 1, 0	
1.	5-8-2	✓	✓	1.	2-4	✓	
	6-9-4	✓	✓		5-8	✓	
2.	6-4-3-9	✓	✓	2.	6-2-9	✓	
	7-2-8-6	✓	✓		4-1-5	✓	
3. X	4-2-7-3-1	✓	✓	3.	3-2-7-9	✓	
	7-5-8-3-6	✓	✓		4-9-6-8	✓	
4. X	6-1-9-4-7-3	✓	✓	4. X	1-5-2-8-6	✓	
	3-9-2-4-8-7	✓	✓		6-1-8-4-3	✓	
5.	5-9-1-7-4-2-8			5.	5-3-9-4-1-8		
	4-1-7-9-3-8-6				7-2-4-8-5-6		
6.	5-8-1-9-2-6-4-7			6.	8-1-2-9-3-6-5		
	3-8-2-9-5-1-7-4				4-7-3-9-1-2-8		
7.	2-7-5-8-6-2-5-8-4			7.	9-4-3-7-6-2-5-8		
	7-1-3-9-4-2-5-6-8				7-2-8-1-9-6-5-3		
Total Ordem Directa			Max=14 5	Total Ordem Inversa			Max=14 6
				5 + 6 = 11			Max=28 Total
				Directa Inversa			

* Aplicar a Ordem Inversa mesmo que o sujeito tenha 0 na Ordem Directa

* Aplicar a Ordem Inversa mesmo que o sujeito tenha 0 na Ordem Directa

ORDENAÇÃO DE IMAGENS

Parar após 4 insucessos consecutivos a partir do item 2

Item	Resposta	Ordem correcta ou aceitável	Nota (assinalar)	Item	Resposta	Ordem correcta ou aceitável	Nota (assinalar)
1. Casa 60"	1 CAP	CAP	10"	6. Fuga 90"		HUNT	0 2
2. Flirt 60"	2 35"	JANET ou AJNET	0 1 2	7. Colina 90"		HELPS	0 2
3. Romeu 60"	100"	SHADE AHDES	0 1 2	8. Peixes 90"		ANGLER ou ARNGLE	0 1 2
4. Tintin 60"	40"	ARGUES ARGSE	0 1 2	9. Ladrão 120"		LUNCH	0 2
5. Entre 90"	85"	OPENS CENSP	0 1 2	10. Taxi 120"		SAMUEL ou AMUELS	0 1 2

Nota: Certifique-se de ter incluído os pontos dos itens 1 a 5 no Total

Total 2

5. VOCABULÁRIO

Parar após 5 insucessos consecutivos

Nota 2, 1, 0

1. Cadeira		6
2. Broa		
3. Arbusto		
4. Agrupar	Junta	2
5. Instruir	Aprender	1
6. Reparar	Consertar	2
7. Insipido		1
8. Vedação	Cerca	2
9. Arrancar	Puxar	2
10. Ficção	Uma coisa que não é verdadeira	2
11. Antro		1
12. Cutelo	Martelo	1
13. Sanção	é um livro; Não sabe o que quer dizer	1
14. Prevenir	Um dia que acontecer	2
15. Edifício	Prédio	2
16. Perseverar		1
17. Benefício	é uma coisa que é bom; um bem	1
18. Longevidade	de longa duração; longo	1
19. Contemplativo	instaurado	1
20. Vacilar	Desmanchar	1
21. Evasivo	vazio	1
22. Incinerar		1
23. Falsificar	Tornar falso; Não sabe	1
24. Conivência		1
25. Monopólio		1
26. Litigio	il legal; Não sabe se é assim que se diz	1
27. Esboço		
28. Injuriar		
29. Pedante		
30. Emulação		
31. Caduco		
32. Heterogéneo		
33. Apologia		
34. Anacoreta		
35. Conjectura		

Nota: Certifique-se de ter incluído os pontos dos itens 1 a 3 no Total

Total

Max=70

23

6. CUBOS		Parar após 3 insucessos consecutivos		Nota (envolver com um círculo a nota por cada item)	
Item	Tempos	Sucesso Falha			
1. 60"	1 30"	✓	0	1	2
	2				2
2. 60"	1 45"	✓	0	1	
	2				
3. 60"	35"	✓	0		16-60 4 11-15 5 1-10 6
4. 60"	25"	✓	0		16-60 4 11-15 5 1-10 6
5. 60"	95"	✓	0		21-60 4 16-20 5 11-15 6 1-10 7
6. 120"	120"	✓	0		36-180 4 26-35 5 21-25 6 1-20 7
7. 120"	3' 10"	✓	0		61-120 4 46-60 5 31-45 6 1-30 7
8. 120"			0		76-120 4 56-75 5 41-55 6 1-40 7
9. 120"			0		76-120 4 56-75 5 41-55 6 1-40 7
Total					Max=51 16

7. ARITMÉTICA		Parar após 4 insucessos consecutivos		Nota (envolver)	
Item	Resposta	Nota 1 ou 0	Item	Resposta	Tempo
1. 15"		1	10. x 60"	Não sei dizer	—
2. 15"		1	11. x 60"	Não consigo	—
3. 15"	9 euros 2"	1	12. x 60"	120 10"	—
4. 15"	40 euros 1,5"	1	13. x 60"	Os 550 coritos ã cobrir para de coleta	—
5. x 30"	1350 euros 25"	—	14. 120"		—
6. x 30"	1550 euros 2 euros 14"	—			
7. x 30"	74 37"	—			
8. 30"	36 euros 23"	1			
9. 30"	10 euros 50 13"	1			
Total					Max=19 6

Nota: Certifique-se de ter incluído os pontos dos itens 1 a 9 no Total

8. RECONSTITUIÇÃO DE OBJECTOS									
Aplicar todos os itens.									
Item	Tempo	Nota (envolver com um círculo a nota por cada item)							
1. Homem	120"	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Perfil	120"	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Mão	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Elefante	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
Total									19

9. COMPREENSÃO									
Parar após 4 insucessos consecutivos									
Item	Tempo	Nota (envolver com um círculo a nota por cada item)							
1. Vestuário	120"	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Envelope	120"	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Alimentos	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Medicamentos	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Trabalho infantil	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Surdos-mudos	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Ferro	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Incêndio	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Casamento	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Imprensa	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Terrenos	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Impostos	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Floresta	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Banco	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
15. "Água... pedra dura..."	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
16. "Andorinha... Primavera"	180"	0	1	2	3	4	5	6	7
Total									13

10. Código 1,30

1	2	3	4	5	6	7	8	9	=
1	2	3	4	5	6	7	8	9	=

NOTA **42**

Exemplo

2	1	3	7	2	4	8	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	5	6	3	1	4
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6

11. SEMELHANÇAS			Nota 2, 1, 0
Parar após 4 insucessos consecutivos.			
1. Laranja – Banana	Têm que se descasque ; são 2 frutas	20"	2
2. Cão – Leão	Dois animais. Os dois podem morder	12"	2
3. Casaco – Vestido	São peças de vestuário	20"	2
4. Barco – Carro	São veículos	19"	2
5. Norte – Oeste	São pólos	15"	1
6. Mesa – Cadeira	Mobiliário	5"	2
7. Olho – Orelha	Órgão humano; não me lembro o nome	15"	—
✓ 8. Ovo – Semente	" Não sei "	16"	—
× 9. Areia – Cinzas	As duas podem queimar	21"	—
10. Ar – Água	São vitais para nós vivermos,	33"	2
11. Poema – Estátua	" Não sei "		—
12. Trabalho – Jogo	" Não sei "		—
13. Recompensa – Castigo			—
14. Mosca - Árvore			—
			Max=28
Total			13