

ISAURA MARIA DA SILVA NEVES

**A SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DE UTENTES EM INTERNAMENTO
PARCIAL NO HOSPITAL DE DIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS MOMENTOS DE ADMISSÃO E ALTA**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

PORTO – 2010

ISAURA MARIA DA SILVA NEVES

**A SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DE UTENTES EM INTERNAMENTO
PARCIAL NO HOSPITAL DE DIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS MOMENTOS DE ADMISSÃO E ALTA**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

PORTO – 2010

ISAURA MARIA DA SILVA NEVES

**A SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DE UTENTES EM INTERNAMENTO
PARCIAL NO HOSPITAL DE DIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS MOMENTOS DE ADMISSÃO E ALTA**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação do Professor Doutor Milton Madeira.

Isaura Maria da Silva Neves

**A SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DE UTENTES EM INTERNAMENTO PARCIAL
NO HOSPITAL DE DIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS MOMENTOS DE ADMISSÃO E ALTA**

RESUMO

As perturbações mentais resultam de muitos factores e têm a sua base física no cérebro e é sabido que elas podem afectar a todos, em qualquer situação ou local e, por isso, a compreensão da relação entre saúde mental e física vem aumentando rapidamente. Neste sentido, é importante compreender a saúde mental e, de um modo mais geral, o funcionamento mental, porque aí reside a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais.

Desta forma, pretendeu-se com o presente estudo de cariz exploratório dar um contributo quanto à análise dos efeitos das intervenções de ordem psiquiátrica e psicoterapêuticas sobre a *Sintomatologia Psiquiátrica* dos utentes internados em Hospital de Dia (HD) num hospital psiquiátrico no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, apreciados com o protocolo de instrumentos de auto-preenchimento, constituído pelos instrumentos: *Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised* (SCL-90-R), *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (IACLIDE) e *Inventário Clínico de Auto-Conceito* (ICAC).

Assim, a presente investigação fundamentou-se na relevância de perceber o sistema de intervenção de ordem psiquiátrica e psicoterapêutica efectuado junto aos utentes/doentes em internamento parcial em HD. Os objectivos do presente estudo, tal como a escolha dos instrumentos, a eleição da metodologia da investigação utilizada e as respectivas técnicas de recolha de dados, abrangeu técnicas de análise quantitativa para o tratamento de dados advindos dos três instrumentos administrado e técnicas de análise qualitativa para os diagnósticos psiquiátricos.

Os resultados permitiram perceber relativamente à análise quantitativa quanto às diferenças existentes entre os resultados observados no momento da *Admissão* e no

momento da *Alta* dos utentes em internamento parcial, numa interpretação mais global, que o sistema de tratamento Psiquiátrico e acompanhamento Psicológico realizado junto dos utentes no HD é parcialmente eficaz, mormente no que concerne ao abrandamento da *Depressão*. Já quanto à análise qualitativa, esta traz indicações de uma melhoria apenas ligeira do estado da *Sintomatologia Psiquiátrica* geral dos utentes – somente 5 utentes sobre os 16 da amostra geral apresentam melhoria!

Justifica-se assim, cada vez mais um apoio precoce e sobretudo eficaz, quando se lida com populações com diagnósticos de perturbações mentais confirmados.

Palavras-Chave: Sintomatologia Psiquiátrica; Doença Mental; Psicodiagnóstico; Hospital de Dia; Atendimento Psicológico.

**THE PSYCHIATRIC SYMPTOMALOGY IN USERS ON INTERNMENT IN PARTIAL DAY HOSPITAL AT PSYCHIATRIC HOSPITAL:
COMPARATIVE STUDY BETWEEN THE MOMENTS OF ADMISSION AND DISCHARGE**

ABSTRACT

Mental disorders are the result of many factors and have their physical basis in the brain and it is known that they can affect everyone in any situation or place, and therefore understanding the relationship between mental and physical health has been increasing rapidly. Thus, it is important to understand the mental health and, more generally, mental functioning, because therein lies the basis on which to form a more complete understanding of the development of mental and behavioural disorders.

Therefore, we set out with the exploratory nature of this study provide input regarding the analysis of the effects of interventions for psychiatric and psychotherapeutic order on the *Psychiatric Symptoms* of users admitted to Hospital Day (HD) in a Psychiatric Hospital at the time of *Admission* and at the time of *Discharge*, assessed with the protocol given to self-fulfilment, which consists on the instruments: *Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised* (SCL-90-R), *Inventory Assessment of Clinical Depression* (IACLIDE) and *Clinical Inventory and the Self- Concept* (ICAC).

For that reason, this research was based on relevance to perceive the intervention system of psychiatric and psychotherapeutic order, made with the users/patients in partial hospitalization in HD. The objectives of this study, such as the choice of instruments, the election of the research methodology used and its techniques for gathering data, covering techniques of quantitative analysis for the processing of data, coming from the three instruments administered and qualitative analysis techniques to the psychiatric diagnoses.

The results allowed us to realize, regarding the quantitative analysis the differences between the results obtained at the time of *Admission* and at *Discharge* from hospital partially internment users on a broader interpretation, that the system of psychiatric treatment and psychological monitoring conducted among the users in HD is partially effective, especially in what concerns in the decreasing of the *Depression*; regarding on the

qualitative analysis, this only brings a slight improvement of the status of general *Psychiatric Symptomatology* of users - only 5 users on the 16 sample usually show improvement!

It is justified, thus, an increase of early support and especially effective when dealing with people with confirmed diagnoses of mental disorders.

Key-words: Psychiatric Symptoms; Mental Illness; Psychodiagnostic; Day Hospital, Psychological Attendance.

**LA SYMPTOMATOLOGIE PSYCHIATRIQUE DES USAGERS EN HOSPITALISATION
PARCIELLE DANS L'HOPITAL DE JOUR A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE:
ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE LES MOMENTS DE L'ADMISSION ET SORTIE**

RESUME

Les troubles mentaux dérivent de nombreux facteurs et ont leur base physique dans le cerveau et on sait qu'elles peuvent affecter tout le monde, dans toute situation ou lieu et, c'est pour ceci, que la compréhension de la relation entre santé mentale et physique a augmenté rapidement. Ainsi, il est important de comprendre la santé mentale et, plus généralement, le fonctionnement mental, parce que c'est là, où se situe la base sur laquelle s'établira une compréhension plus complète de l'évolution des troubles mentaux et du comportement.

Ainsi, nous avons voulu avec cette étude de nature exploratoire donner une contribution relativement à l'analyse des effets des interventions d'ordre psychiatrique et psychothérapeutique sur les *Symptômes Psychiatriques* des usagers admis à l'Hôpital de Jour (HD) dans un hôpital psychiatrique au moment de l'*Admission* et au moment où les *Usagers* quittent l'hôpital, évaluées avec le protocole d'instruments de l'auto-remplissage, constitué par les instruments: *Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised* (SCL-90-R), (SCL-90-R), *Inventaire de l'évaluation Clinique de la Dépression* (IACLIDE) et *Inventaire Clinique de l'Auto- Concept* (ICAC).

De ce fait, cette étude a été fondée sur la pertinence de percevoir le système d'intervention d'ordre psychiatrique et psychothérapeutique fait avec les usagers / patients en hospitalisation partielle en HD. Les objectifs de cette étude, tels que le choix des instruments, l'élection de la méthodologie utilisée et de ses techniques de collecte de données, ont inclus des techniques d'analyse quantitative pour le traitement des données provenant des trois instruments administrés et des techniques d'analyse qualitative pour les diagnostics psychiatriques.

Les résultats, nous ont permis de comprendre relativement à l'analyse quantitative quant aux différences entre les résultats obtenus au moment de l'*Admission* et à la *Sortie* de l'hôpital des usagers en hospitalisation partielle, avec une interprétation global, que le système de traitement psychiatrique et accompagnement psychologique utilisés auprès des usagers HD est partiellement opérant, en particulier en ce qui concerne le ralentissement de la *Dépression*. En revanche avec l'analyse qualitative, on a observé que ce traitement psychiatrique et cet accompagnement psychologique permettent une légère amélioration de l'état de la *Symptomatologie Psychiatrique* générale des usagers - seulement 5 usagers sur 16 de l'échantillon total montrent une amélioration!

Ainsi, il se justifie, de plus en plus, un soutien précoce et surtout efficace, lorsqu'il s'agit de travailler avec des personnes ayant un diagnostic confirmé de troubles mentaux.

Mots-clés: Symptomatologie Psychiatrique; Maladie Mental; Psychodiagnostic; Hôpital de Jour ; Accompagnement Psychologique.

DEDICATÓRIA

À minha filha Joana, que tanto amo...

Ao Licínio, companheiro de todas as horas,

Obrigada por tudo! ...

SONHO

*Disseram-me que era capaz,
De fazer de mim alguém,
Sem tempo de olhar p'ra trás,
Porque o futuro era além,*

*Acreditei nesse sonho,
Que acordada sonhei,
Depois num sono medonho,
Tive medo, mas ousei!...*

*E agora que já cheguei,
Á porta desta quimera,
Só Deus sabe o que passei,*

*Para ser alguém que sei,
Não vou esquecer de quem era,
Vou doar o que alcancei!...*

Isaura Neves

AGRADECIMENTOS

Este trabalho final, que estou a apresentar, foi um imperativo de consciência e uma obrigação de percurso. Imperativo porque houve muita gente que acreditou, que se envolveu que me motivou. Houve até quem comigo sofresse, tivesse insónias e pernoitasse. Mas nada disto foi em vão.

Houve outros que de forma passiva e pro-activa também me incentivaram e contribuíram para o final de um percurso, que agora começa!

Pode parecer retórica, mas o futuro começa agora, e, agora vou depender apenas de mim, para crescer, progredir, aprender e dar aos outros aquilo que de outros colhi e aprendi.

Ao Licínio, pois sem ele não seria possível, foi o meu esteio, o meu suporte, o meu revisor, o meu tutor. Louvo-lhe a paciência, a prudência o conselho desinteressado e avisado, até o não quando teve que ser ... Obrigada! por tolerares o meu cansaço, as minhas ausências e as minhas angústias...Obrigada, por todo o amor que alimentou a minha ausência e me transmitiu a dinâmica e que me deu forças para caminhar...Obrigada, por acreditares em mim e nas minhas capacidades e, principalmente, por permitires a concretização deste sonho que agora realidade, foi fantasia que me alimentaste!

Ao meu pai e à minha filha, por estarem sempre comigo, pelas palavras de apoio e por todo o seu amor...

À Marisa (minha segunda menina), pela dedicação, pelo carinho, pela paciência, pela palavra amiga... por estar sempre comigo nos bons e maus momentos...

A todos os professores e colegas de curso com quem me cruzei, pelos ensinamentos, pelas experiências e pela convivência e, que me ajudaram de alguma forma a chegar a esta etapa.

Ao orientador Prof. Doutor Milton Madeira, pela compreensão, amizade e por todas as oportunidades me proporcionou e pelas palavras sábias, que sempre me sussurrou e que foram como estímulo para a minha frustração, a minha desistência os meus anseios e incertezas!

A todos aqueles que incógnitos mas de forma amiga estiveram presentes e me ajudaram a criar as condições para cumprir este grande objectivo da minha vida!

Muito e muito obrigada!...

ÍNDICE GERAL

Resumo	i
Abstract.....	iii
Résumé	v
Dedicatória	vii
Pensamento	viii
Agradecimentos	ix
Índice do Estudo	xi
Índice de Anexos	xiv
Índice de Abreviaturas.....	xv
Índice de Quadros.....	xvi
Índice de Figuras	xvii

INTRODUÇÃO GERAL.....	01
------------------------------	-----------

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

Introdução.....	04
1.1 Doença Mental.....	06
1.2 Normal e Patológico	14
1.3 Psicopatologia.....	19
Síntese.....	24

CAPÍTULO II – AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Introdução	26
2.1 Avaliação Psicológica	27
2.2 Diagnóstico	29
Síntese.....	32

CAPÍTULO III – SISTEMA DE INTERVENÇÃO: ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO E CLÍNICO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Introdução	33
3.1 Hospital de Dia	34
3.2 Processo de Intervenção no Hospital de Dia	37
3.3 Internamento Parcial	38
3.4 Papel e Atendimento do Psicólogo	39
3.5 Perfil dos Utentes em Internamento Parcial em Hospital de Dia	42
Síntese	51

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – JUSTIFICAÇÃO, OBJECTIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DE ESTUDO

1.1 Justificação	53
1.2 Objectivos	54
1.2.1 Objectivo Geral	54
1.2.2 Objectivos Específicos	54
1.3 Hipóteses	55
1.4 Variáveis em Estudo	56

CAPÍTULO II – MÉTODO

2.1 Participantes	57
2.1.1 Critérios de Inclusão vs. critérios de Exclusão	57
2.1.2 Caracterização dos Participantes	57
2.2 Material	59
2.2.1 Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised (SCL-90-R)	60
2.2.2 Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)	63
2.2.3 Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)	65
2.2.4 Processos Clínicos	67
2.3 Procedimentos	68

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Tratamento dos Dados	71
3.2 Análise dos Resultados	73
3.2.1 Análise Quantitativa	73
3.2.1.1 Análise Descritiva dos Resultados	73
3.2.1.2 Análise Inferencial dos Resultados	81
3.2.2 Análise Qualitativa	83

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Interpretação e Discussão	85
4.2 Limitações do Estudo	86
4.3 Sugestões	87

CONCLUSÃO GERAL	89
------------------------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Autorização da Supervisora do Hospital de Dia do Hospital de Magalhães Lemos

Anexo B – Instruções e Consentimento Informado

Anexo C – Hopkins Symptom Distress Check List 90 (SCL-90-R)

Anexo D – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Anexo E – Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)

Anexo F – Lista de Diagnóstico dos 16 participantes

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

cf. – confere, conforme

DP – Desvio-Padrão

DSM-IV-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV – Text Review* ou Manual de Diagnóstico e Estatística de Associação Psiquiátrica Americana

HD – Hospital de Dia

M – Média

Min – Mínima

Max – Máxima

N – Tamanho ou grandeza da população

n – Tamanho ou grandeza da amostra

p – Nível de significância

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

t – Teste estatístico paramétrico para amostras independentes: *t* de *Student*

Z – Teste estatístico não-paramétrico *t* de *Wilcoxon*

% – Percentagem

< – Inferior a

> – Superior a

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Características Sócio-Demográficas dos participantes (N=16) Género, Estado Civil e Habilitações Literárias.....	58
Quadro 2 – Características Sócio-Demográficas dos participantes (N=16): Idade e Tempo de Internamento.....	59
Quadro 3 – Análise descritiva geral dos resultados obtidos para a amostra geral e para ambos os géneros no momento da Admissão.....	74
Quadro 4 – Análise descritiva geral dos resultados obtidos para a amostra geral e para ambos os géneros no momento da Alta.....	75
Quadro 5 – Comparação existente entre os resultados gerais (n=16) nos momentos da Admissão vs. Alta.....	81
Quadro 6 – Comparação existente entre os resultados em função do género nos momentos da Admissão vs. Alta.....	82
Quadro 7 – Lista de Diagnóstico dos 16 participantes.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** – Histograma de barras dos dados do género *masculino* quanto à Sintomatologia Psiquiátrica (SCL-90): comparação individual entre a Admissão vs. Alta.....77
- Figura 2** – Histograma de barras dos dados do género *feminino* quanto à sintomatologia psiquiátrica (SCL-90): comparação entre a Admissão vs. Alta.....77
- Figura 3** – Histograma de barras dos dados do género *masculino* quanto à Depressão (IACLIDE): comparação entre a Admissão vs. Alta.....78
- Figura 4** – Histograma de barras dos dados do género *feminino* quanto à Depressão IACLIDE: comparação entre a Admissão vs. Alta.....79
- Figura 5** – Histograma de barras dos dados do género masculino quanto ao Auto-conceito (ICAC): comparação entre a Admissão vs. Alta.....79
- Figura 6** – Histograma de barras dos dados do género feminino quanto ao Auto-conceito (ICAC): comparação entre a Admissão vs. Alta.....80

INTRODUÇÃO GERAL

“O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida”
(Dame Cicely Saunders, citado por Pessini, 2002, p. 51)

O sofrimento psíquico humano é algo que tolhe o crescimento da pessoa, como ser social, mas também na sua ânsia de cultura, de conhecimento e de saber. O sofrimento psíquico é pois o freio a um crescimento harmonioso, que alija muitas vezes o doente do seio da sociedade, fazendo dele um desintegrado que se auto exclui ou que é excluído pelos seus.

Num mundo, onde as exigências de saúde aumentam assim como o próprio desenvolvimento o ser humano, está sujeito a grandes pressões, a uma dinâmica que não se compadece com a falta de cultura ou de educação e que muitas vezes se manifesta e tem o seu terreno mais propício em zonas e extractos sociais carenciados, desprovidos de conhecimento, de afectos, e de envolvimento social sadia.

Acresce a globalização e a proliferação da cultura do abstracto e do virtual, onde geralmente os desenraizados se auto excluem ou marginalizam, criando um núcleo de doentes psíquicos, que quase “infecta” toda uma cadeia ou uma célula familiar. A cultura dos afectos perdeu-se e tende a atomizar-se de forma que hoje o ser humano é cada vez mais um ecossistema isolado, se bem que não pode viver desligado dos demais.

A era das comunicações, o desmembramento da família tradicional, a facilidade com que se desfazem relações até há pouco institucionais e sustentáculo da sociedade em que se baseou o crescimento da sociedade tal como a conhecemos, fez e fará aumentar esse desenraizamento e essa incapacidade e inabilidade do ser humano para viver isolado. A proliferação das famílias monoparentais e até do reconhecimento de certos valores, que até há pouco eram inquestionáveis, veio adensar e centrar o problema da importância do desenvolvimento salutar do psíquico, dado que pode degenerar em doenças e desequilíbrios, muito difíceis de repor.

É exactamente no psiquismo, em toda a sua dimensão e vulnerabilidade, que o psicólogo encontra o objecto da sua prática profissional. Por isso, mais do que o seu

conhecimento e *know-how*, o psicólogo deve também desenvolver as suas atitudes e o seu comportamento e deve manter-se permanentemente vigilante na relação com o utente/doente.

Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais.

O conhecimento da história de vida do doente, relativamente à sua doença, pode fazer a mediação entre a sua cultura, as suas crenças, os seus desejos e as suas esperanças. Pode encaminhar os profissionais de saúde para uma visão holística do doente e a criação de uma relação empática entre o profissional de saúde e o doente, ao estabelecer de uma relação de confiança e, por conseguinte, a uma verdadeira e eficaz relação terapêutica. Algumas doenças mentais só poderão ser devidamente explicadas e compreendidas se os profissionais de saúde entenderem a sua dimensão social e cultural. A cura baseia-se na resposta às expectativas sociais e pessoais motivando o doente para a sua recuperação e a “deixar-se” tratar.

Tendo como referência o citado, a estrutura desta Dissertação de Mestrado encontra-se organizada em duas grandes partes: na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico reunindo três capítulos, sendo o primeiro capítulo referente à Sintomatologia Psiquiátrica e a Psicopatologia tendo como objectivo uma revisão histórica da Doença Mental, do Normal e Patológico e, das Psicopatologias apresentadas na presente investigação; quanto ao segundo capítulo este incide sobre a Avaliação Psicológica e o Diagnóstico assim como a sua importância; e, por último, quanto ao terceiro capítulo, o qual integra o Sistema de Intervenção envolvendo o Atendimento Psiquiátrico e Clínico em Hospital Psiquiátrico, tem como objectivo descrever o Hospital de Dia (HD) e o seu Processo de Intervenção focando no Internamento Parcial, assim como, o Papel e Atendimento do Psicólogo Clínico; este terceiro capítulo tem ainda como intuito enunciar o perfil dos utentes/doentes em internamento parcial em Hospital de Dia. Deste modo, esta primeira parte da presente dissertação consiste numa breve introdução teórica e numa

compilação de informação quanto à natureza dos construtos relacionados com o tema do presente estudo.

Relativamente à segunda parte do presente estudo e, após uma revisão geral acerca dos construtos teóricos, esta dedica-se ao Estudo Empírico, organizado em quatro capítulos. Num primeiro capítulo é apresentada a Justificação, os Objectivos, as Hipóteses e as Variáveis do Estudo; posteriormente, num segundo capítulo é feita a referência ao Método utilizado na presente investigação; quanto ao terceiro, este procede ao Tratamento de Dados e Análise de Resultados; por último, o quarto capítulo, apresenta a Interpretação e a Discussão dos Resultados, os Limites do Estudo e as Sugestões.

Por fim, a Conclusão Geral cujo objectivo é a realização de uma breve síntese e a apresentação de algumas reflexões finais.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

*“O mundo é uma harmonia de tensões alternadamente tensas e relaxadas,
como as da lira e do arco”*

(Heraclito, s/d citado por Braconnier, 2000, p. 9)

“ A interrogação do escondido é primordial”

(Balandier, s/d citado por Braconnier, 2000, p. 9)

Introdução

A doença mental não é uma falência pessoal e pode acontecer a qualquer um, é desde os primórdios da História do homem que há relatos de acontecimentos de casos clínicos que vieram a ser analisados posteriormente e até curados.

O sujeito pode ser um *homo sapiens* ou *demens* que manifesta comportamentos, necessidades, emoções, credos, crenças e que as exprime pela linguagem.

O ser humano é inconstante e está em mutação permanente e o peso da razão pode ser equacionado frente a outros valores. A razão demonstra que não existe uma verdadeira natureza humana e, ajuda a pensar e a recriar novas formas de atenção em saúde mental e de lidar com o sofrimento psicossocial. Por isso, a atenção do profissional de saúde mental ao invés de estar direccionado para a doença/sintomas, deve estar focado no sujeito na sua história, na sua subjectividade e na sua vida quotidiana.

As perturbações mentais resultam de muitos factores e têm a sua base física no cérebro, é sabido que elas podem afectar todos, em qualquer situação ou local e, por isso a compreensão da relação entre saúde mental e física vem aumentando rapidamente. Por isso a Psiquiatria constitui, hoje em dia, um dos campos da mais ampla intervenção científica (Fernandes da Fonseca, 2003).

Os progressos registados no domínio da Psicopatologia são tais que não basta dizer, como o fazia, ainda há poucos anos, o grande psiquiatra francês Henri Ey¹ que “a Psiquiatria existe”. Realmente, forçoso se torna reconhecer que mais do que existir, a Psiquiatria impõe-se, actualmente, de uma forma evidente, tanto no terreno da clínica como no da relação social e até no viver quotidiano.

A Psiquiatria por mais amplos que sejam os seus avanços, mantém a sua estreita ligação com o campo das ciências médicas, porque o seu objecto de estudo continua a ser o dos processos curativos e preventivos dos diferentes tipos e grandeza de doença psíquica. Mas também é certo que, se a doença psíquica se expressa predominantemente através de aspectos psicológicos, não é menos verdade que a sua sintomatologia se expressa algumas vezes através de aspectos sociais. Daqui se pode concluir que a Psiquiatria é hoje uma disciplina científica interdisciplinar, cujo conhecimento se encontra intimamente ligado à Medicina por um lado e à Psicologia por outro, sendo por isso pertinente realçar a importância de todo o progresso registado até agora, bem assim como aquele que venha futuramente a registar-se com novas técnicas psiquiátricas, tornando essa ligação cada dia mais estreita (Fernandes da Fonseca, 2003, 2004; Pio Abreu, 2006).

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Neste sentido, é importante compreender de um modo mais geral, o funcionamento mental, porque aí reside a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais. Desta forma, ao longo deste estudo será feita uma abordagem inicialmente à doença mental numa perspectiva mais histórica.

¹ *Traité des Hallucinations*, Paris, 1973.

1.1 Doença Mental

Diferentes modos de pensar e de comportamento, entre diferentes culturas, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam as perturbações mentais, embora não constituam, em si mesmas, indícios de perturbação. Variações normais, determinadas pela cultura, não devem ser rotuladas como perturbação, como é o caso das crenças sociais, religiosas ou políticas.

A Doença Mental foi percebida e interpretada de formas muito diversas ao longo da História, durante muito tempo explicada através de paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos. As doenças mentais foram muitas vezes atribuídas ao castigo dos deuses, às possessões demoníacas, aos “remédios” e às soluções para os males do espírito e procuravam-se junto dos que, baseados em conhecimentos e práticas ancestrais muito enraizadas na cultura das populações, iam aliviando o sofrimento e satisfazendo as suas mais prementes necessidades de saúde. Ainda hoje, em sociedades ditas civilizadas/desenvolvidas, globalizadas continua a coexistir essa mistura de interpretações em torno da doença mental – *almas penadas, espíritos, possessão demoníaca, mau-olhado, pragas, feitiçarias etc.* (Gonçalves, 2003).

Segundo alguns autores (Devereux, 1981; Laplantine, 1991; Kleinman, 1988, 1992; Good, 1986, 1994; Helman, 1994; Eisenberg, 1988; Quartilho, 1995, 2001, citados por Gonçalves, 2003) ao estudarem a forma como os aspectos sócio-culturais influenciam a saúde, a doença e os processos de cura, ressaltam que em todas as sociedades humanas, as crenças, as atitudes e as práticas relacionadas com problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura, do complexo cultural dos indivíduos e das populações. A saúde, doença e cura são portanto construtos sociais que não podem ser estudados de forma isolada, isto é, não se pode compreender as reacções à doença, morte ou outros infortúnios, sem compreender o tipo de cultura que determinados povos foram assimilando ao longo de gerações. Como refere Quartilho (2001, p.17), “*a perspectiva do doente tem muito a ver com a sua experiência subjectiva, com as suas interpretações particulares sobre a origem e o significado dos sintomas, no contexto da sua vida social*”. Este autor, ao referir-se ao conceito e à importância do “comportamento de doença”, acrescenta que esse conceito pode associar uma confluência de variáveis biológicas, psicológicas, sociais, culturais e até

mesmo espirituais. Ainda neste contexto, e no âmbito das consultas de Psiquiatria, os profissionais de saúde pretendem muitas vezes localizar a origem dos problemas pessoais que trazem o utente/doente à consulta, mas não criam espaço e disponibilidade para que estes possam verbalizar os seus problemas, as suas dúvidas, os seus medos e receios, em suma a sua história de vida (Gonçalves, 2003).

É na mesma linha de pensamento que Kleinman (1992) refere a saúde, a doença e o tratamento como partes de um sistema cultural e, como tal, devem ser entendidas nas suas relações mútuas. Realça que examiná-las isoladamente é distorcer a compreensão da natureza das mesmas e de como funcionam num dado contexto. Relativamente ao tratamento e aos cuidados de saúde, o autor considerou que uma das razões pelas quais diferentes processos de cura persistem numa mesma sociedade é o facto de eles agirem nas diferentes dimensões da doença. Alerta ainda para a necessidade de novos métodos interdisciplinares de atenção na doença, trabalhando simultaneamente com dados etnográficos, clínicos, epidemiológicos, históricos, sociais, psicológicos, políticos, económicos e tecnológicos (Gonçalves, 2003). Também os estudos de Good (1986-1994, citado por Gonçalves, 2003) deram continuidade à ideia de Kleinman (1992) sobre a relatividade conceptual e cultural da doença.

Do mesmo modo (Good, 1994 & Kleinman, 1992), partindo do pressuposto de que a cultura afecta a experiência e a expressão dos sintomas, tecem uma série de críticas à racionalidade médica ocidental e propõem um modelo cultural para a prática clínica. Os autores, ao fundamentar a crítica ao modelo biomédico, parte do pressuposto de que a actividade clínica é fundamentalmente interpretativa, baseando-se no conhecimento de cadeias causais que actuam ao nível biológico, seguindo uma regra de descodificação das queixas dos doentes, a fim de identificarem o processo patológico, somático ou psicológico subjacente, e posteriormente estabelecer o diagnóstico e propor uma terapêutica. Almeida (1994) chama também a atenção para a importância do contexto cultural do doente. Neste âmbito, valoriza a consulta médica, o conhecimento e o respeito pelos valores do utente/doente, a sintomatologia que é muitas vezes condicionada pelo seu quadro de valores e referências. O mesmo autor chama a atenção para a necessidade e a importância de olhar o doente numa perspectiva global, da utilidade de registar os “pedaços culturais” que o doente traz com ele, sendo que os profissionais de saúde só assim poderão

reconstruir mais facilmente a lógica do seu pensamento que corresponde às suas crenças e representações da saúde, da doença e da cura, o papel da doença no relacionamento com os outros e consigo próprio. Alerta ainda para o facto de a comunicação poder tornar-se numa das principais causas do desencontro entre o técnico de saúde e o doente (Almeida, 1994; Good, 1994; Kleinman, 1992).

Neste sentido, os técnicos de saúde não devem ignorar ou subestimar o papel dos factores psicossociais na génese, na persistência e na resolução dos sintomas apresentados pelos doentes, pois as pessoas não vivem isoladas, vivem como elementos activos nas suas comunidades – aldeias, vilas, cidades e nas suas famílias. A experiência das pessoas, nestes contextos tão heterogéneos, caracterizados por diferenças no estatuto social, género, etnicidade ou convicções religiosas, influenciam a forma de encararem a doença e a sua cura.

Não faria sentido falar de doença mental sem fazer uma analogia numa breve abordagem histórica quanto à noção de Sujeito nas concepções inscritas nos discursos de Freud e Foucault (s/d, citados por Birman, 1994; Ménéchal, 2002) onde colocam em suspeição a noção de sujeito, centrada nos discursos e práticas que moldaram as sociedades modernas. Como também, a analogia que Descartes faz ao descrever o universo, dividindo-o em dois mundos: um que se referia ao conhecimento objectivo, científico – o mundo dos objectos; e outro, intuitivo e reflexivo – o mundo dos sujeitos.

A história pode ser descrita de diferentes formas. Pode sê-lo a partir da procura da origem de um determinado objecto/facto e desta forma, é entendida como uma linha contínua e como uma sequência de factos que são causa e consequência um dos outros. Uma outra maneira de se olhar para a história é a partir da descrição de tempos e acontecimentos históricos que ajudam a alinhar os combates, as linhas de força, os pontos de confronto, as tensões. Neste sentido e numa perspectiva histórica, está-se muito distante de apagar o lugar de onde se olha, o momento em que se está e o partido que se toma. É um olhar que sabe de onde olha, assim como o que olha. O sentido histórico dá ao saber a possibilidade de fazer, no próprio movimento de seu conhecimento, sua genealogia (Foucault, 1978; Freud, 2001).

Neste âmbito, Freud em 1917 criticou o pensamento moderno e também contribuiu para a desconstrução da concepção de sujeito ancorado na racionalidade, na interioridade. O discurso freudiano ao mesmo tempo em que dá prioridade ao extremo à demolição do “eu” da consciência, explora também as vias pelas quais deverá passar todo o pensamento do e sobre o sujeito (Birman, 1994; Fortunato & Oliveira, 2001; Freud, 2001; Richard, 1998). O discurso freudiano baseou-se nos estudos dos historiadores e dos gramáticos alemães do século XIX, e aproximou-se dos campos dos saberes da história e da linguagem, constituindo-se como um saber da interpretação. Por isso, foi identificado como um discurso filosófico especulativo, e não como um discurso “científico”. A justificativa para esta compreensão tinha como base a ideia de que um saber interpretativo não se enquadrava nos preceitos estabelecidos pela cientificidade moderna (Birman, 1994; Richard, 1998).

Com o intuito de uma maior compreensão quanto ao funcionamento psíquico, Freud (2001) através dos seus estudos sobre a psicanálise, pretendia assim, interpretar o psiquismo, transcendendo o ser da consciência e do “eu” e destacando a dimensão inconsciente da subjectividade. A partir da crítica à consciência e à metafísica, Freud descobriu o inconsciente, subvertendo a noção de sujeito pensante tradicional e revelando a importância da lei externa sobre o indivíduo. Para este autor, o inconsciente, ao ligar a lei (princípio de realidade) ao desejo (princípio do prazer), nega a ideia de que a consciência seria o centro de si mesma e desconstrói o papel central dado à consciência, produzindo uma teoria de constituição do sujeito, que veio esclarecer que o indivíduo não é uma modalidade autónoma nem o centro de si mesmo (Birman, 1994; Richard, 1998).

Não sendo, portanto, dono de seu pensamento e de sua conduta, o sujeito estaria fundado na linguagem e na história, colidindo com a noção de sujeito ancorada na consciência (Birman, 1994; Freud, 2001).

Assim, o discurso freudiano formulou, desde os seus primórdios, uma concepção de sujeito que empreende a significação por meio do registro de uma linguagem dialógica² e

² Dialógica é uma modalidade de sujeito que se constituiu apenas pelo outro e através do outro.

da história, na medida em que a subjectividade é produto de processos psíquicos inconscientes formados ao longo do tempo (Birman, 1994).

Desta forma, a corrente psicanalítica iria dar ao método clínico uma dimensão que abre ao conceito de inconsciente questionando qual é a origem da neurose. A resposta a esta questão introduz-nos na nossa última corrente fundadora, a psicanálise (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002; Richard, 1998).

Descartes (1983) descreveu o universo, dividindo-o em dois mundos: um que se referia ao conhecimento objectivo, científico – o mundo dos objectos; e outro, intuitivo e reflexivo – o mundo dos sujeitos. De acordo com esta compreensão, criou-se uma oposição entre filosofia e ciência, de tal modo que, embora o sujeito se torne o fundamento de toda verdade possível, ele é excluído, enquanto sujeito activo, do campo da cientificidade, pois esta é compreendida como objectiva e racionalmente comprovável, não cabendo ao “sujeito observador” influir sobre o “objecto observado” (Morin, 1996). Com efeito, Descartes desenvolveu a filosofia do sujeito fundamentando-o no solo da interioridade, da consciência, e concebendo-o como dentro de si (Ménéchal, 2002).

Sabe-se que a loucura, como fenómeno enigmático, se constituiu pela descrição de um estado em que o sujeito se encontra fora de si, identificando-se com a constituição do discurso psiquiátrico no final do séc. XVIII (pois foi no final do século das luzes, isso é, do Racionalismo do séc. XVII e do Iluminismo do séc. XVIII) época em que a loucura foi descodificada como alienação mental (Ménéchal, 2002).

Na concepção freudiana, a loucura não está escrita no registo de um sujeito fora-de-si, mas fundamentar-se-ia de maneira positiva inscrevendo no psiquismo os seus mecanismos de estruturação e de reestruturação. Por isso mesmo, a loucura, da ordem do significado, é uma forma de o sujeito dizer a verdade e uma tentativa de “cura”, não sendo algo da ordem do erro. Desse modo, o pensamento freudiano, ao reconhecer a verdade da loucura, retoma, de certa forma, a tradição da loucura do Renascimento (Ménéchal, 2002).

A loucura “seria a forma de o sujeito dizer a verdade da sua história e o poder assumir a verdade de seu desejo” (Birman, 1994, p. 53). A designação de loucura leva a tomar posição sobre o lugar atribuído ao desvio e à marginalidade nas condutas humanas e a delimitar os contornos subjectivos do normal.

É necessário observar que, o pensamento moderno está ancorado na imagem racionalista do sujeito e na ideia sobre a correspondência já assinalada entre a liberdade do homem e o progresso da humanidade, visando, sobretudo, criar um indivíduo novo numa sociedade nova, Freud (s/d, citado por Ménéchal, 2002) desconstrói a ilusão de modernidade. Já Foucault problematizou a ideia de sujeito no pensamento filosófico moderno e criticou a ideia de que a ciência possibilitaria o progresso da sociedade. Para ele, a organização social, longe de ser regida pela racionalidade técnica, o é pelo exercício do poder (Ménéchal, 2002; Foucault, 1978).

Procurando articular o aparecimento de saberes, situando-os como peças de relações de poder, Foucault (1978) considerou que há uma ambiguidade na noção de sujeito inscrita na ciência moderna. Ao fazer uma espécie de genealogia do sujeito moderno, destacou, no poder disciplinar, um novo tipo de poder que se desdobrou por todo o século XIX e atingiu a sua legitimidade total, no início do século XX, tendo como base a preocupação com a regulação e a vigilância da espécie humana, do indivíduo e do seu corpo. A constituição do sujeito seria produzida por toda esta tecnologia do poder sobre o corpo, que a tecnologia da “alma” – a dos educadores, dos psicólogos e dos psiquiatras – não consegue mascarar nem compensar, pela boa razão de que não passa de um dos seus instrumentos.

As técnicas do poder disciplinar, no discurso de Foucault (1978) envolvem uma aplicação do poder e do saber que individualizam ainda mais o sujeito e permeiam seu corpo mais intensamente. O poder, neste caso, é compreendido como mecanismo de normalização colocado em acção pelo conjunto da sociedade, um conjunto de enunciados produzidos de forma autónoma nas instituições. A partir desta compreensão, o autor converteu a noção de sujeito em fenómeno metodológico e substantivo por meio da ideia de que nós não podemos considerar a subjectividade como um dado, e sim, como uma construção histórico-discursiva, como uma posição entre outras. O sujeito passa a ser

considerado como uma função vazia, um espaço a ser preenchido por diferentes indivíduos que o ocuparão ao formularem o enunciado devendo-se rejeitar qualquer concepção unificante do sujeito (Brandão, 1997). Para Foucault (1978) seria preciso conferir ao “homem” o lugar que lhe convém, e este lugar, na sua compreensão, não é um lugar identitário e racional, pois, não existe um sujeito unitário e absolutizante. Sendo assim, seria interessante tentar ver como se dá, através da história, a constituição de um sujeito que não é dado definitivamente, que não é aquilo a partir do qual a verdade se dá na história, mas de um sujeito que se constitui no interior mesmo da história, e que é a cada instante fundado e refundado pela história. A leitura de Foucault (1978) em relação às práticas psiquiátricas revela que essas práticas estão alicerçadas, sobretudo, na genealogia do poder.

Assim, segundo Foucault (1978) o louco, no final do século XVIII e início do século XIX, tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio e ridicularizado nos seus erros, sob a batuta do médico, que estava mais interessado no seu controlo de que numa intervenção terapêutica saber/poder.

Actualmente, a vigilância, a disciplina e o controlo de pessoas com transtornos mentais é algo constado em várias instituições psiquiátricas de modelo tradicional. Nesses espaços, o “olhar” do profissional está direccionado para os sintomas da doença, e não para o sujeito com sua singularidade e subjectividade.

A partir do pensamento destes autores (Freud, 2001 & Foucault, 1978), pode-se postular que o conhecimento produzido sobre o sujeito, a subjectividade e as práticas em saúde mental, não pode ser avaliado a partir de critérios ancorados na racionalidade científica constitutiva da ciência moderna. Há, portanto, necessidade da produção de um conhecimento que transcenda o paradigma psiquiátrico tradicional, revelando a complexidade, a multiplicidade, a diversidade desses fenómenos e de outras formas possíveis a existência do sujeito. Se o sujeito cartesiano era compreendido como o sujeito da razão, da interioridade, da consciência, esta compreensão foi descentrada por meio de ideias “mutantes” que, embora não confluindo para uma homogeneidade, contribuíram para uma noção de sujeito como uma figura histórico-discursiva produzida na e pela

linguagem e que não possuía uma identidade fixa e estável, mas, identidades abertas, contraditórias, inacabadas e fragmentadas.

Em suma, na Europa, no século XIX, a doença mental foi então vista, como assunto legítimo para a pesquisa científica: a Psiquiatria germinou como disciplina médica e os portadores de perturbação mental passaram a ser considerados pacientes da Medicina. Os portadores dessas doenças mentais, tais como os que tinham muitas outras doenças físicas e formas indesejáveis de comportamento social, eram isolados da sociedade em grandes instituições carcerárias, os manicómios públicos, que vieram depois a ser chamados hospitais psiquiátricos Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma dos cuidados de saúde mental, devida, em grande parte, a três factores independentes. Primeiro, registou-se um progresso significativo na psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de medicamentos, especialmente agentes neurolépticos e antidepressivos, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial tais como o da Anti-psiquiatria, chamada também de Psiquiatria Social (OMS, 2002).

Actualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em todo o mundo, centenas de milhões de pessoas são afectadas por distúrbios mentais. Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais e apenas uma minoria destas recebem tratamento. Mais de 40% dos países não tem política de saúde mental e mais de 30% não tem nenhum programa para estas patologias. Mais de 90% dos países não tem política de saúde mental que inclua as crianças e os adolescentes. Em 2004, estimava-se que em todo o mundo 151,2 milhões de pessoas sofriam de perturbações depressivas e 29,5 milhões de perturbações afectivas bipolares, entre outras. Mais de 50% das doenças mentais têm início na adolescência. Um em cada quatro cidadãos Europeus pode esperar ter problemas de saúde mental durante a sua vida (OMS, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) no campo da saúde, esta enfatiza-se a presença de um estado de completo bem-estar físico e psicológico que, na vida psicológica normal, só episodicamente é experimentado e, na vida psicopatológica, pelo contrário, muitas vezes é até sinal de enfermidade (Mota Cardoso, 2002).

1.2 Normal e Patológico

A “proximidade” entre o normal e o patológico levou os médicos a conceberem o primeiro sob o ângulo do segundo. O paralelismo assim operado legitimava um saber e práticas a propósito das condutas ditas irracionais, reintegravam-se na esfera da Razão de que estavam excluídas desde o século XVII, tal como demonstraram os trabalhos de Foucault sobre a loucura... e, assim, o doente mental voltava a ser homem (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002; Richard, 1998).

Além disso, o interesse da corrente clínica consistiu em fazer convergir o método experimental e as opções éticas. Desta convergência e de acordo com aquilo que o doente relata, funda a experiência clínica, seguindo-se uma reabilitação do sujeito como sujeito da sua experiência (Ciccone, 2000; Richard, 1998).

Neste âmbito, desde o século XVIII, que vários psiquiatras desenvolveram o seu ponto de vista no campo da “estrutura da personalidade” tais como (Pinel, 1801; Esquirol, 1838, & Régis, 1880) em França (Tuke, 1892; Maudsley, 1867; Jackson, 1931) na Grã-Bretanha (Rush, 1812; A. Meyer, 1910) nos Estados Unidos (Griesinger, 1865; Meynert, 1890; Wernicke, 1900; Kraepelin, 1913) na Alemanha e que foram os primeiros a referirem-se à continuidade entre o normal e o patológico no seio de uma estrutura profunda da personalidade. Esta atitude geral, fundamentalmente “humanitária”, é sustentada nesta convicção da continuidade, mesmo se esta última nem sempre é claramente expressa (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Assim, antes dos trabalhos de Freud (s/d, citado por Ménéchal, 2002) os psiquiatras consideravam por um lado as pessoas ditas “normais” e por outro lado os “doentes mentais” os quais abrangiam globalmente, apesar de todas as distinções admitidas, os neuróticos e os psicóticos entre outras patologias menos claramente definidas (Bergeret, 2000).

As publicações de Freud e da sua escola incidiram essencialmente sobre o complexo de Édipo como base das neuroses, e demonstraram que não existia qualquer fosso fundamental entre o indivíduo considerado normal e o neurótico quanto às grandes linhas

de estrutura profunda. Mas a investigação contemporânea alargou progressivamente o campo de aplicação das descobertas freudianas à área das psicoses, e tornou-se cada vez mais evidente que existiam tantos termos de passagem entre a psicose e uma certa forma de “normalidade” quanto entre neurose e uma outra forma de “normalidade” (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Não se pode razoavelmente definir um determinado quadro clínico sem reportar-se a uma concepção clara e precisa da organização económica profunda do paciente no plano psíquico e, sem reportar-se também a metas estruturais conhecidas pela sua estabilidade. Só assim se torna possível ter uma ideia da maneira como o psiquismo do doente está organizado e, conseqüentemente, como deve ser ao mesmo tempo entendido e tratado (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

É certo que a utilização da noção de “normalidade” apresenta incontestáveis perigos nas mãos de quem detém a autoridade médica ou política, social ou cultural, económica ou filosófica, moral, jurídica ou estética e mesmo intelectual. A história antiga ou contemporânea das comunidades e das ideologias oferece cruéis exemplos, conservando-se de cada um deles em memória apenas representações muito selectivas, em função das suas opções pessoais (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Se a “normalidade” se refere a uma *percentagem* maioritária de comportamentos humanos ou dos seus pontos de vista, a infelicidade é daqueles que pertencem à minoria. Se, por um lado, a normalidade se torna relativa a um *ideal* colectivo, conhece-se demasiado bem os riscos que correm, mesmo as maiorias, ao se encontrarem reduzidas ao silêncio por aqueles que se crêem ou se advogam da vocação de defender pela força o dito ideal; eles pretendem limitar o desenvolvimento afectivo dos outros depois de acidentalmente se terem eles próprios vistos bloqueados e de terem elaborado, mais tarde, secundariamente, subtis justificações defensivas (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

De facto, a “normalidade” é, na maioria das vezes, encarada em relação aos outros, ao ideal ou à regra. Porém, não parece fácil encontrar interlocutores que admitam discutir um aspecto *subjectivo* eminentemente matizado e variável de “normalidade” em função das

realidades profundas de cada um. Por um lado, a tentação “sádica” conduz-nos às estatísticas ou aos ideais, por outro lado, a tentação masochista e “pauperista” desencadeia uma alergia “horripilante” e imediata perante qualquer conjugação da palavra “norma”. No primeiro caso estamos prisioneiros, por um lado de um imperialismo que se apodera da *noção* para tentar salvar os privilégios que esta última tantas vezes encobriu e, por outro lado, esbarra-se com uma recusa do *termo* por causa de todas as recordações opressivas e dolorosas que ele evoca. Todavia, a noção de “normalidade” está ligada à vida como nascimento ou à morte, utilizando o potencial do primeiro e procurando retardar as restrições da segunda, na medida em que qualquer normalidade apenas pode coordenar as necessidades pulsionais com as defesas e as adaptações, os dados internos hereditários e adquiridos com as realidades externas, as possibilidades caracteriais e estruturais com as necessidades relacionais (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Já os psicopatologistas mostram-se mais prudentes e mais propensos a gradações nas suas distinções e tendem a definir uma concepção da “normalidade” independente da noção de estrutura. Estão, assim mais próximos da opinião do homem comum que considera, muito sabiamente sem dúvida, que qualquer ser humano está num “estado normal”, quaisquer que seja os seus problemas pessoais profundos, quando consegue lidar com eles e adaptar-se a si próprio como aos outros, sem se paralisar interiormente nos seus conflitos obrigatórios, nem fazer com que os outros o rejeitem (hospital, asilo, prisão, etc.), apesar das inevitáveis divergências a que se encontra submetido nas relações com eles (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

“A pessoa saudável assim definida não seria de forma alguma um doente que desconhece a sua condição, mas um indivíduo portador de fixações conflituais suficientes para estar tão doente como muitas outras pessoas, mas que não teria deparado no seu percurso com dificuldades internas e externas superiores ao seu equipamento afectivo hereditário ou adquirido, às suas faculdades pessoais defensivas ou adaptativas, e que permitiria um jogo bastante flexível das suas necessidades pulsionais, dos seus processos primário e secundário, tanto no plano pessoal como social, tendo uma percepção adequada da realidade” (Bergeret, 1998, p. 146).

Sabe-se que desde as descrições poéticas ou filosóficas que remontam à Antiguidade, a vertente patológica das “estruturas” sempre foi facilmente desenvolvida. Encontramos, em Homero, na Bíblia, em Demócrito, em Asclepiades ou Platão referências a tipos estruturais não patológicos. Os autores da Idade Média, depois Shakespeare, a seguir o classicismo literário e outros tantos autores mais modernos distinguiram-se pela análise não só do carácter, mas da estrutura de algumas das suas personagens e mostraram mesmo como se poderia efectuar a passagem entre a esfera psicológica ainda adaptada e a esfera patológica já descompensada, no seio de uma mesma organização mental. Anzieu (1965, citado por Bergeret, 2000) situa no primeiro quartel do século XX o desenvolvimento da ideia de “estrutura” e pensa que esta noção recobre sintomas segundo o método associacionista. Porém, para este autor, os sintomas não têm sentido senão ligados uns aos outros, ou na sua relação com o carácter, o que permanece específico não é a sua simples presença³ mas o modo de combinação entre eles. Além disso, devem ter-se em conta tanto os sintomas “negativos”, que correspondem aos défices registados nos pacientes, como os sintomas “positivos”, que correspondem às reacções específicas do paciente perante a alteração da sua personalidade (Bergeret, 2000).

De acordo com Schneider (1963, citado por Mota Cardoso, 2002) a personalidade anormal é aquela que se afasta de uma determinada maneira de ser e de agir, tendo em conta o que é comum aos restantes elementos do grupo quando imergidos em circunstâncias de actuação sensivelmente semelhantes. O mesmo autor separa das personalidades anormais as personalidades psicopáticas, definindo-as assim: “*as que sofrem pela sua anormalidade ou que, por causa dela (anormalidade), fazem sofrer a sociedade*” (p. 33).

Assim, normal no sentido global, corresponde à forma de estar no mundo própria da maioria das pessoas pertencentes a um determinado grupo que tem em comum um certo tipo de aproximação sócio-cultural, ou seja, que está de acordo com a norma. Pelo contrário, anormal é aquilo que num determinado comportamento se desvia da norma, tendo em conta o que é comum, em relação a esse mesmo comportamento, no respectivo

³ Existem, por exemplo, obsessivos sem nenhuma “obsessão” exteriormente visível.

grupo. Anormal, visto neste sentido não equivale a doente, dado que se pode ordenar um sem-número de situações que se afastam da norma do grupo. Porém, e segundo Scharfetter (1997, citado por Mota Cardoso, 2002) quando o “normal” passa a ser um comportamento que afecta de forma excessiva o sujeito na sua relação com o mundo, na sua forma extremamente distinta de ser, não tolera a existência numa vinculação vivente com os seus próximos, e passam a estar “doente” (Mota Cardoso, 2002).

Para Mota Cardoso (2002) a realidade assume-se, de alguma forma, como o objecto da ciência e do conhecimento, e a verdade como o objecto da lógica. Assim, a realidade e a lógica estão permanentemente ligadas à verdade e ao conhecimento. Para este autor, o real opõe-se de certa forma ao imaginário, mas sem a imaginação o homem teria dificuldade em estabelecer hipóteses para a aquisição do conhecimento, para prever, para supor, para realizar o próprio real. Acrescenta que a realidade pode ser abstracta ou concreta. Assim, os limites da realidade e da lógica são relativamente confusos, exigindo sempre do observador cuidados redobrados para evitar quedas em juízos apriorísticos perigosos em matéria de avaliação psicopatológica. O autor refere ainda haver de facto uma realidade basilar que é comum ao fluir das relações interpessoais. As ligações destas relações são constituídas pelos argumentos que advêm da mesma lógica, isto é, da mesma verdade, comum a todas as pessoas ditas normais para uma determinada sociedade, agrupada por coordenadas espacio-temporal-culturais específicas, conferindo à mesma sociedade uma afinidade própria. É, assim, com esta realidade humana que é permitido não só a convivência social, mas também a comunicação interpessoal, pautadas ambas pelas leis da lógica (Mota Cardoso, 2002).

De forma a considerar com Henri Ey (1955, citado por Bergeret, 2000), a “variação mental patológica” pode ser encarada segundo quatro modelos teóricos: como alienação radical, como produto dos centros cerebrais, como variação de adaptação ao meio ou, ainda, como efeito de um processo regressivo na organização psíquica.

É neste contexto que se enaltece a preocupação em indagar, no domínio do funcionamento mental do “homem normal”, categorias nas quais se tentarão, posteriormente encaixar as perturbações psicopatológicas.

1.3 Psicopatologia

A Psicopatologia levanta, de forma crucial, a questão do normal e do patológico, e não pode ser concebida independentemente de uma reflexão sobre a loucura e o seu papel numa sociedade. Desde que as pessoas se reconhecem enquanto pessoas, existe a percepção de comportamento normal padrão e, comportamento desviante. Em diferentes momentos da história, esses comportamentos desviantes receberam vários nomes e classificações. Assim, no decurso das últimas décadas, foram diversos os autores que se debruçaram sobre a dialéctica normalidade-patologia (Beauchesne, 1980; Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Da revisão da literatura, observa-se que a Psicopatologia é uma preocupação muito antiga do pensamento que se confunde com a reflexão do homem sobre a estranheza dos seus semelhantes e, que remete para uma certa abordagem do enigmático, seja esta encarnada pelos deuses, pelo mal, pela sexualidade ou até pela ciência. Os grandes “momentos” de um pensamento que anunciam a Psicopatologia moderna encontram-se em épocas em que estas interrogações foram especialmente fortes: a Antiguidade Grega, a Idade Média, o Renascimento e a Revolução Francesa (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

A Antiguidade revolucionou a Medicina graças à escola de Hipócrates de Cós (460-370 a. C.), que ao extrair essa disciplina do campo da magia e da religião, desenvolve conceitos precisos (humor, crise, metástase, recidiva, prognóstico...). A loucura, então directamente associada às doenças do corpo, é uma consequência das perturbações dos “humores”, que se presumiam regerem toda a patologia, incluindo portanto a Psicopatologia. Algumas afecções eram reconhecidas por apresentarem uma dimensão claramente psicológica, e a terapêutica apelava, de forma muito ampla, para a relação entre o doente e os que cuidava dele, o teatro desempenhava assim um papel relevante pela sua função purificadora (“catártica”, do grego *Katharós*, puro). O diálogo e a leitura são também terapêuticas muito apreciadas, principalmente pelos sofistas, que desenvolvem a “arte de eliminar a tristeza” evocando os sonhos (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Posteriormente a Idade Média dá origem a um discurso complexo sobre a loucura, que integra o lugar predominante da religião e o papel que ela atribui à noção de mal. Discurso

teológico e discurso médico serão indivisíveis durante mais de dez séculos, a loucura foi então classificada, da mesma forma que o judaísmo ou a marginalidade, entre as “heresias”. Os loucos eram os “possuídos” que fizeram um pacto com Satanás e deviam ser tratados em conformidade, nomeadamente pela Inquisição. A imagem da loucura era então a das “naves dos loucos”, embarcações que levam os passageiros de cidade em cidade, ao longo dos rios. O notável *Elogio da Loucura* de Erasmo (s/d, citado por Ménéchal, 2002) desmascara os paradoxos da loucura desmistificando-a (Bergeret, 2000).

Surge o “Grande Enclausuramento”, como Michel Foucault (s/d, citado por Ménéchal, 2002) demonstrou de forma magistral, o século XVII marcará uma viragem decisiva na história da loucura. Futuramente, os loucos serão fechados em virtude do édito de 1656: é o “grande enclausuramento” que abrangerá em poucos meses um parisiense em cada cem. Anteriormente, a loucura era sobretudo sinónimo de vagabundagem, e tinham sido criadas várias instituições para abrigar esta forma de marginalidade que representava um risco para a ordem pública. Os grandes “hospitais gerais” vão progressivamente tentar livrar a sociedade dos loucos, dos vagabundos, dos mendigos, das prostitutas, dos indivíduos sem recursos, dos desempregados em liberdade, etc. (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Com a chegada da Revolução Francesa esta política é radicalmente modificada, sob o impulso de Pinel, nomeado em 1793 para o hospital de Bicêtre. Pinel, cujo nome ficou na história pelo gesto “revolucionário” de libertação dos loucos de Bicêtre, contribuindo para a origem de dois elementos fundadores da psiquiatria moderna; um, de natureza terapêutica – o “tratamento moral da loucura” – e o outro, de carácter nosográfico⁴ – a distinção entre doenças neurológicas orgânicas e as que têm a ver com “causas morais”. O tratamento moral da “loucura” baseava-se em auxiliar o outro numa perspectiva humanista, não o dissociando da sua “doença” (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

É de realçar o verdadeiro contributo psicopatológico de Pinel (s/d, citado por Ménéchal, 2002) por ter sabido conjugar o sujeito na sua globalidade e o reconhecimento de sintomas, susceptíveis de serem abordados por si mesmos e de diferentes formas. Pinel (s/d, citado por Bergeret, 2000) substituiu a noção imprecisa de loucura pela de alienação,

⁴ Classificação das doenças.

teorizada em torno da noção de “causas morais”. Deve-se-lhe a criação de instituições especiais, os asilos de alienados e a prefiguração dos hospitais psiquiátricos modernos.

Com a Medicina no século XIX o isolamento dos alienados nos asilos foi rompido pelo desenvolvimento das teorias das localizações cerebrais e pelo esforço de classificação no qual Kraepelin (1926, citado por Ménéchal, 2002) se evidenciou. Por não se poder, na sua opinião, reduzir a identificação de uma “forma” patológica aos seus sintomas, nem à sua etiologia, tão pouco à sua terapêutica, ele empreendeu uma cartografia ordenada da psicopatologia de que ainda vive a Psiquiatria moderna (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

É nesta encruzilhada que surge a obra de Freud (1901, citado por Ménéchal, 2002) Herdeiro dos filósofos alemães do espírito e neurologista, Freud situa-se na confluência de uma ciência médica preocupada com a classificação e de uma filosofia do tratamento “moral” da loucura. Freud recebe ainda a herança de Charcot. Freud (1901, citado por Ménéchal, 2002) pratica a hipnose com as suas pacientes históricas da Salpêtrière e demonstra que os seus sintomas devem ser relacionados com a representação factícia que elas têm da sua actividade motora. Para o mesmo tipo de pacientes, Breuer (s/d, citado por Ménéchal, 2002) levantou a hipótese de uma experiência traumática anterior que deveria ser reencontrada ao longo do tratamento. Freud (1901, citado por Ménéchal, 2002) ultrapassará o estágio experimental das duas abordagens para levantar a hipótese de uma ligação entre a patologia mental e a narrativa singular que o sintoma dela propõe. A “doença” torna-se assim uma expressão da identidade do sujeito, relacionada com a aprendizagem da sua vida sexual desde a mais tenra idade. A loucura é susceptível de ser tratada pelas mesmas vias, no quadro do amor de transferência que a psicanálise instaura (Beauchesne, 1980; Bergeret, 2000).

Depois desta breve história da Psicopatologia, deve-se reservar um lugar especial ao filósofo alemão Karl Jaspers (1883-1969). Jaspers (1913, citado por Ménéchal, 2002) foi o primeiro a ter proposto uma Psicopatologia Geral, ao separar a compreensão da explicação, isto é, ao distinguir o que depende da experiência interior do sujeito, da racionalidade lógica da experiência comunicável. Este autor lança as bases da Psicopatologia moderna, onde são logicamente explicáveis os “processos” de algumas doenças mentais que se

considera estarem ligados a factores orgânicos. Geralmente, eles dão origem a reajustamentos psíquicos efectuados pelo próprio paciente, variáveis consoante a sua concepção do mundo (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Deste modo, a psicopatologia é confrontada com duas séries de elementos, dependendo uns directamente do sujeito e da sua experiência, e os outros elementos de uma sequência patológica de tipo naturalista/organicista. Assim, a Psicopatologia de Jaspers (1913, citado por Beauchesne, 1980; Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002) aproxima-se directamente das reflexões mais contemporâneas sobre a articulação entre Fenomenologia, Psicanálise e Neuropsicopatologia.

O surgimento da Psicopatologia deu-se, assim, na primeira metade do séc. XX, sob o impulso de Jaspers (1913, citado por Ménéchal, 2002), ao ser o primeiro a ter proposto uma Psicopatologia geral, ao separar a compreensão da explicação, isto é, ao distinguir o que depende da experiência interior do sujeito da racionalidade lógica da experiência comunicável; assim, Jaspers lança as bases da Psicopatologia moderna, precisamente no momento em que a Psiquiatria forçava a sua integração nas escolas médicas. Desde esse momento, a Psicopatologia é fundamentalmente uma das ciências auxiliares da Medicina (Pio Abreu, 2006). Segundo Beauchesne (1980), Bergeret (2000), Braconnier (2000) e Ménéchal (2002), a Psicopatologia descreve esse espaço de pensamento entre o reconhecimento da loucura, exterior à razão, e a compreensão da perturbação psíquica do sujeito. A Psicopatologia está situada constantemente nesse movimento de inclusão/exclusão que, entre neutralidade e julgamento, fica na fronteira da boa-vontade e da observação científica. Ela não pode ser dissociada de uma Antropologia onde se encontra o sentido do estudo da alma e do corpo do homem e, nessa medida, poderia ser qualificada de “antropologia da loucura”.

Numa visão mais contemporânea, a Psicopatologia é constituída por modos de organização psíquica particular de pessoas, que por alguma razão, adoptam formas de pensar e condutas que as tornam “diferentes”, com as quais sofrem e em virtude das quais, não conseguem encontrar facilmente os ajustamentos que todos realizam diariamente na

sua vida. Neste sentido, esta ciência é definida como a ciência do sofrimento psíquico, encontrando-se directamente ligada ao estudo do espírito humano (Ménéchal, 2002).

Como refere Ménéchal (2002), o psiquismo do homem só em parte é consciente. A relação do sujeito com o nível não consciente constitui a parte principal da sua actividade psíquica. Ele não pode, alias, deixar de pensar nas situações com que é confrontado e de as “teorizar”, à sua maneira, e se necessário afastá-las da sua consciência; além disso, qualquer dificuldade em se integrar, em pensar em si mesmo nessa construção teórica, levará ao desconhecimento dessas situações ou ao desencadear do sofrimento. A origem da Psicopatologia reside nesse jogo do sujeito com o saber e na sua relação com o sofrimento.

Neste sentido, a constituição psíquica do sujeito está permanentemente relacionada com a construção que ele elabora da sua própria história. Nascendo, vivendo, morrendo e pensando, sabendo que nasceu e que tem que morrer, o homem é obrigado a dar sentido ao carácter irracional dessa existência efémera (Beauchesne, 1980).

Numa abordagem mais desenvolvimental, dadas as múltiplas trajectórias de desenvolvimento, trajectórias adaptativas e inadaptativas, a perspectiva organizacional do desenvolvimento, que considera-se uma grelha conceptual especialmente relevante para a compreensão das múltiplas trajectórias de desenvolvimento, permite conhecer as transformações desenvolvimentais que ocorrem à medida que os indivíduos progridem ao longo de trajectórias ontogenéticas desviantes, bem como identificar os factores e mecanismos que podem fazer divergir um individuo de uma trajectória particular na direcção de uma outra mais ou menos adaptativa. Nesta perspectiva, o desenvolvimento humano ocorre através de sucessivas reorganizações qualitativas dentro e entre os sistemas biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social, com base em processos de diferenciação e subsequente articulação, integração hierárquica e (re)organização. Nesta evolução, factores internos e externos ao organismo interagem para determinar os resultados desenvolvimentais nas várias tarefas de desenvolvimento. Neste sentido, as transacções entre indivíduo e os contextos de vida dirigem e (re)direccionam o curso do seu desenvolvimento. Como salienta Joyce-Moniz (1993) num sentido superficial, toda a Psicopatologia é desenvolvimentista, na medida em que a Patologia se constitui num

processo desviante que ocorre durante o tempo, tornando possível a comparação com um processo de desenvolvimento normal (Abreu, Salzano, Vasques, Filho, Cordás et al., 2006; Soares, 2000). Também Sroufe (1989, citado por Soares, 2000) concebe a Psicopatologia como desvio do desenvolvimento normal, o que implica identificar e julgar os significados dos padrões de funcionamento tendo em conta o contexto em que se inserem.

No que respeita a casos de episódios mórbidos verdadeiros, os termos “neurótico” ou “psicótico” designam um estado de desadaptação visível em relação à estrutura específica e profunda. É uma forma mais ou menos durável de comportamento que emana, da estrutura profunda, na sequência da impossibilidade de fazer face a circunstâncias novas, interiores e exteriores, que se tornam mais poderosas do que as defesas habitualmente mobilizáveis no quadro dos dados estruturais. De facto, determinada doença só pode eclodir em determinada estrutura, e determinada estrutura não pode dar origem a uma qualquer doença. Relativamente à Psicose, esta caracteriza-se por uma transformação radical da relação do sujeito com a realidade. Trata-se de uma doença mental grave que provoca uma modificação profunda e duradoura da identidade e, geralmente da personalidade. Ela confronta-nos verdadeiramente com o problema da estranheza, pois o psicótico não “raciocina” no mesmo registo que o homem “normal”, não reconhece as mesmas escalas de julgamento, e nem sequer as mesmas modalidades de abordagem do mundo, os mesmos códigos sociais, a mesma lógica do pensamento (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Numa visão mais contemporânea e muito recentemente, Mota Cardoso (2002) refere que a Psicopatologia corresponde mais a uma “psicologia do patológico” do que a uma “patologia do psicológico”.

Síntese

No seguimento da abordagem às doenças de índole mental no segmento patológico, é hoje possível, situar melhor muitas das perturbações mentais e do comportamento, expurgando-as do contexto em que se inserem, para lhe dar o tratamento e visão que ora tem e que muitos autores exploraram ao longo de séculos.

Problemas mentais e comportamentais, até há pouco tempo tidos como passíveis de tratamento por isolamento e segregação, são hoje perceptíveis e curáveis sem recurso aos tratamentos quer da Antiguidade quer da Idade Média e que nos tempos modernos são classificáveis.

Hoje, uma Patologia que ditava o afastamento e isolamento do doente nos tempos idos, é perfeitamente perceptível e superada, com antecedência face à vivência, percurso e sintomatologia e factores comportamentais do doente, permitindo desta forma um diagnóstico atempado, que direcciona o doente no caminho mais seguro e que lhe permite uma sanidade e um alinhamento pela norma até agora inimaginável.

CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Introdução

A saúde mental era definida a partir de sintomas estudados pela Psiquiatria, o que teve por resultado confinar o doente na doença e, por isso, rejeitar a ele mesmo. A loucura era concebida como uma doença que dependia da Medicina.

O conceito da Psicopatologia foi fecundo, pois permitiu a renovação da Psiquiatria ao reintegrar os actos irracionais num campo de observação. Neste sentido, a Medicina psiquiátrica perde o seu monopólio da doença mental e a prática psiquiátrica sendo totalmente renovada (Ciccone, 2000; Richard, 1998). De acordo com Mota Cardoso (2002) a Psicopatologia assume-se como uma ciência pura, auxiliar de muitas áreas do conhecimento humano.

No domínio da Psicologia, o método clínico fornece, actualmente, o campo prático de todas as iniciativas avaliativas. As novas terapias acentuam o conceito de “cuidado” complementar ao de psicopatologia. As hipóteses das novas terapias assentam todas no postulado de acordo com o qual o doente pode ser curado na base daquilo que exprime e diz ao terapeuta (Ciccone, 2000; Richard, 1998). E, neste sentido, sabendo que o profissional de saúde visa sempre o bem estar psicológico do paciente, no momento em que emerge a enfermidade, o psicólogo mais especificamente tem por função o diagnóstico, o tratamento, o aconselhamento e a ajuda de pessoas com problemas de natureza emocional e comportamental. Os problemas podem variar desde dificuldades simples de ajustamento e relacionamento social até casos mais graves de *stress*, depressão, ansiedade, disfunções sexuais, paranóia, esquizofrenia e outras doenças mentais (Abreu, Salzano, Vasques, Filho, Cordás et al., 2006; Pinto, 2001).

Assim, para proceder a toda e qualquer intervenção no âmbito da Psiquiatria ou da Psicologia Clínica, tanto a nível farmacológico como a nível psicoterapêutico, é necessário proceder inicialmente às avaliações Psiquiátricas e Psicológicas a fim de se estabelecer um diagnóstico inicial de referência.

Neste âmbito, deve entender-se o utente/doente como pessoa e como qualquer outra pessoa tem a sua personalidade. Portanto, é preciso ter em linha de conta o seu pensamento, as suas emoções, e a sua vivência.

2.1 Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica constitui uma matriz para os psicólogos. Foi através da constituição de técnicas de avaliação de dimensões psicológicas que a Psicologia se estabeleceu como ciência. A Psicologia Clínica tem como objectivo, para além da observação e da compreensão da especificidade de cada ser humano, de este estar em conflito com o mundo, com os outros, e com ele próprio, o de avaliar previamente o mesmo quanto ao seu estado mental, a fim de estabelecer um diagnóstico inicial de referência. Este tipo de avaliação visa produzir informação psicológica adequada para tomar decisões (Atkinson et al., 1995; Braconnier, 2000; Leal, 1999; Ribeiro, 1998).

Para Witter e David (1996, citado por Noronha, 2002), a avaliação de uma maneira geral, seja ela psicológica, ou não, é de extrema importância para a tomada de decisões, assim, servindo para orientar uma acção mais segura e adequada do psicólogo nos mais diversos contextos de exercício profissional (Noronha, 2002).

No âmbito da avaliação psicológica, são várias as técnicas em que o psicólogo se pode apoiar. Pode ser através de uma entrevista semi-estruturada que representa o contacto inicial entre o psicólogo e o sujeito tendo como objectivo primordial a recolha de informação (através do diálogo e de questões formuladas) (Leal, 1999; Ribeiro, 1999). Esta entrevista na sua essência é “uma forma de relação que trabalha a própria relação” (citado por Ribeiro 1998, p. 346), é uma técnica de recolha de dados utilizada por forma a obter um maior e melhor nível de sensibilidade e de análise na compreensão das experiências vividas e subjectivas do sujeito, domínios a que o investigador dificilmente tem acesso ou que lhe é muito reduzido e, por consequência, limitativo (Fernandes, 2001; Fernandes & Maia, 2001; Reuchlin, 1986). A entrevista de acordo com Matarazzo (1978, citado por Ribeiro, 1998) nem sempre se encontra bem definida demonstrando-se muitas das vezes inadequada ao contexto, nomeadamente quando estamos a falar de avaliação em contexto de saúde.

Outra forma de avaliação é a utilização de testes psicológicos tendo estes como objectivo revelar aquilo que as entrevistas não deixam ver com precisão (produção de informações inacessíveis), fornecer resultados válidos e objectivos, isto é, não-submetidos à subjectividade do psicólogo (objectividade), e enriquecer o balanço clínico (neste sentido, adquirem o estatuto de exames complementares) (Leal, 1999; Pedinielli, 1999). O teste psicológico é uma situação padronizada que serve de estímulo a um comportamento que é avaliado por comparação estatística com o de indivíduos colocados na mesma situação, a fim de classificar o sujeito quer quantitativa quer tipologicamente (Anastasi, 1973; Pichot, 1986, citado por Pedinielli, 1999; Gonçalves, 2006).

Existem inúmeras formas de testes psicológicos que se distinguem em função do seu objecto de estudo como os testes projectivos de personalidade entre outros, que ajuda a identificar patologias mentais e que se decompõem em testes objectivos e projectivos. Estas técnicas permitem a determinação e/ou quantificação de patologias mentais (Pedinielli, 1999).

Estas técnicas distinguem-se das outras pela sua ambiguidade e pela liberdade de resposta. Segundo Anzieu e Chabert (1997, citados por Guillevic & Vautier, 2001), assentam na ideia de que se pode aprender características da personalidade, através do modo como a pessoa dá um sentido a um estímulo relativamente pouco estruturado e vazio de sentido. Porém, para Beauchesne (1980) a utilização destas técnicas é discutível, pois muitas vezes são praticadas de modo estereotipado, não adaptadas a cada caso, fornecendo conclusões rígidas.

Assim, a avaliação psicológica tem recurso a um ou mais instrumentos e é, fundamentalmente, uma medida objectiva padronizada de uma amostra do comportamento, como um instrumento poderoso e exclusivo do psicólogo, por ser ele o único a possuir os conhecimentos que permitem o seu manuseamento e respectiva interpretação (Pedinielli, 1999).

Convém sublinhar que, no que respeita à intervenção psicológica a palavra de ordem para a intervenção terapêutica é mudança. Neste sentido, os objectivos manifestos nas

intervenções psicológicas prendem-se com a necessidade de facilitar a mudança de comportamento do sujeito visando uma maior adequação ao contexto, e promover a ajuda ao utente/doente de forma a facilitar as exigências específicas da situação que se apresenta (Bennett, 2002; Ribeiro, 1999). É de salientar ainda que a intervenção psicológica em contexto hospitalar, pode incluir actividades com os utentes/doentes, com os técnicos e junto da própria organização (Trindade & Teixeira, 2000).

2.2 Diagnóstico

Etimologicamente, o termo diagnóstico é referente ao reconhecimento do todo através das suas partes. A identificação de uma doença ou de um transtorno, e a sua devida delimitação, é o objectivo final do processo de diagnóstico. A identificação do diagnóstico é um dos postulados que o modelo médico impõe à Psiquiatria, e desde a década de 1950, o problema da sua elaboração progrediu muito cientificamente (Abreu, Salzano, Vasques, Filho, Cordás et al., 2006; Frances & Ross, 2004).

Neste sentido, estabelecer um diagnóstico é a única forma de conhecer as causas ou as hipóteses explicativas, os mecanismos, a evolução da doença e a melhor forma de determinar uma conduta terapêutica e preventiva se possível. A classificação baseia-se sempre num passo posterior ao da obtenção de informação sobre o problema e da caracterização do quadro clínico do paciente, mediante as suas queixas e sofrimento e, a um passo anterior à constituição do tratamento.

Desta forma, para a referida elaboração do psicodiagnóstico, também designado de análise funcional, o psicólogo utiliza instrumentos teóricos e técnicos da área da Psicologia, aplicando entrevistas semi-estruturadas, testes psicológicos, técnicas grupais e outras provas psicológicas, tais como, a Avaliação das Capacidades e Funções Intelectuais, a Avaliação Neuropsicológica e a Avaliação de Sinais e de Sintomatologia Psicopatológica com o objectivo de orientação, de encaminhamento e de providenciar o tratamento adequado pela psicoterapia breve ou prolongada (Campos, 1995; McWilliams, 2005).

A partir da recolha dos dados da anamnese, a complexidade dos fenómenos apresentados deve ser reduzida à sua essência e colocada numa ou mais categorias de

acordo com critérios previamente estabelecidos segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (*American Psychiatric Association* [APA], 2002). Assim, a classificação e o Diagnóstico caminham juntos, aquela é geral e impessoal, este é uma questão individual e dinâmica Nogueira (2002, citado por Abreu, Salzano, Vasques, Filho, Cordás et al., 2006).

Assim, quanto ao diagnóstico, no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde, o que é pedido ao psicólogo não é o diagnóstico de diferentes formas de doença mental, mas a identificação de variáveis psicológicas afectadas pela vivência de um acontecimento (eg., doença), de modo a que possa ser dada a ajuda adequada em relação a dois aspectos: experiência de mal-estar subjectiva (sentir-se doente), e doença física específica (Ribeiro, 1999).

Relativamente à execução de um relatório, este é muito útil, porque é constituído por várias fases que permitem obter um *feedback* dos atendimentos, além de possibilitar a realização de estudos estatísticos futuros, bem como a possibilidade de reestruturar um caso e observar as falhas e os sucessos do atendimento ao paciente. Os relatórios devem ser feitos de um modo o mais completo possível. Quanto ao vocabulário do relatório, este deve ser técnico e próprio, adequado ao seu receptor, isto é, numa linguagem que não seja hermeticamente fechada (Almay, 2007).

Para que o diagnóstico seja possível segundo o DSM-IV-TR (2004) procura-se verificar se determinados critérios de diagnóstico (estabelecido actualmente no DSM-IV-TR com uma lista de 365 transtornos, divididos em 17 secções) são ou não confirmados (e.g., “com frequência ameaça as outras pessoas”), sendo a decisão final de natureza dicotómica (confirma-se ou não um determinado diagnóstico). Segundo Soares (2000) se o diagnóstico for válido permitirá distinguir os comportamentos de uma pessoa relativamente aos de outra, independentemente de esta se enquadrar na população normativa ou clínica. Assume-se que existe uma descontinuidade entre comportamento normal e patológico – a diferença entre ambos não é estritamente quantitativa, mas qualitativa.

Desta forma, as perturbações mentais e comportamentais são identificadas e diagnosticadas por métodos clínicos. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida junto do indivíduo e de outros, inclusive os da família e, assim um exame clínico sistemático para definir o estado mental usando os testes e exames especializados que são necessários.

Deve-se porém ressaltar que esses sistemas de classificação não são recortes reais da realidade psicológica. Eles são somente modelos para auxiliar o profissional da área da saúde e deve ser visto como um mapa, um guião e não um território pronto e acabado (Assis, 1999).

Hoje, perante as pressões para diagnósticos rápidos e empíricos, talvez seja ainda mais importante que os profissionais envolvidos neste problema de saúde mental se lembrem das complexidades e subtilezas da tentativa de compreender as pessoas e os seus problemas psicológicos. Para Assis (1999), um dos papéis da ciência é desenvolver sistemas de classificação de seus objectos de estudo, para facilitar a aproximação do cientista. Na área da Psiquiatria e dos sistemas de diagnóstico não é diferente.

Daí a necessidade de uma ligação cada vez mais estreita entre a Psiquiatria e a Psicologia Clínica. Muitas das vezes o médico ao examinar o doente foca a sua atenção na doença/sintomas que este apresenta e não repara que o interior dessa pessoa se possa estar a desmoronar. No decorrer da consulta, tendo em linha de conta que o psicólogo é perito por excelência em comunicação e relação, visando um relacionamento saudável, é estabelecido através do diálogo com o doente e com os seus familiares, isto porque, tanto o sujeito como a sua família são merecedores de atenção, consideração e ajuda (Campos, 1995; Coelho, Freitas & Oliveira, 2002).

Face às várias tarefas que um psicólogo pode realizar, este deve estar munido de competências para a avaliação clínica ou para qualquer forma de intervenção terapêutica individual (Trindade & Teixeira, 2007). Espera-se que o psicólogo previna, elabore hipóteses de diagnóstico e intervenha psicologicamente de forma individual, familiar, grupal ou institucional de acordo com as necessidades (Lima, 2005; Macedo, s/d).

Síntese

Uma vez que o diagnóstico correcto é um requisito essencial para uma intervenção adequada, a nível individual, bem como para a epidemiologia e a monitorização rigorosas, a nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar consideravelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública no campo da saúde mental.

O estabelecimento de laços próprios da relação psicoterapêutica ou do vínculo terapêutico surge no atendimento através do diálogo entre o utente/doente por um lado, e o psiquiatra e o psicólogo por outro, na medida em que o sujeito tem de ser visto como um todo (dimensão biopsicossocial) onde a sua doença é tratada como algo normativo na tentativa de interligar os aspectos emocionais subjacentes às sintomatologias.

O psicólogo não deve atender apenas à sintomatologia para daí formar o psicodiagnóstico, mas deve isso sim, ser capaz de escutar os silêncios do doente, que muitas vezes são mais indutores do estado clínico do doente, que mesmo a tomada de decisão no processo de inventariação das causas, quando o doente precisa de ser entendido e ouvido nas suas angústias.

Daí que os velhos processos de psicodiagnóstico tenham dado abertura a outra forma de avaliar a doença e formular o conceito e diagnosticá-la, pela audição atenta do doente e dos seus medos e trejeitos, das suas negações e dos seus avanços e recuos aquando da entrevista. Porque sendo de importância sobremaneira o diagnóstico, torna-se fundamental a empatia e a capacidade de comunicação, ainda que o utente/doente esteja mudo ou reticente onde o psicólogo consegue induzir o doente à comunicação.

CAPÍTULO III

**SISTEMA DE INTERVENÇÃO: ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO E CLÍNICO
EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

“ O peso da realidade normativa sufoca o desenvolvimento do imaginário e do simbólico”

(Coimbra de Matos, 2003, p. 17)

“A relação terapêutica é a base do tratamento psicológico”

(Coimbra de Matos, 2004, p.109)

Introdução

Até ao século VIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica, eram apenas hospícios que se destinavam a albergar indigentes, pobres, subnutridos e renegados da sociedade, onde também figuravam os doentes, padecentes das doenças e pestes que deflagraram na Europa e no mundo naquela época (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Séculos depois, o hospício sofre nova transformação ao ser visto como um hospital onde os doentes, catalogados por sintomatologias e diagnósticos, começaram a ser tratados no seu meio ambiente através de serviço ambulatorio e de consultas programadas e esporádicas, sem se sujeitarem ao degredo e penitência da clausura entre aquelas paredes que não induzem à cura mais potenciava a doença (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Assim, a revolução francesa veio alterar este paradigma e mudar, de forma radical e definitiva, o destino dos diversos doentes e renegados que para ali eram atirados e abandonados muitas vezes prematura e definitivamente à sua sorte. Com efeito, os alienistas, nome pelo qual eram conhecidos os médicos daquelas casas de horror, passaram, pela mão de Pinel, a seleccionar os diversos tipos de desvios, para depois os catalogar de forma a poder tratá-los em grupo e de forma perfeitamente concertada e preparada deixando por isso de tratar aqueles miseráveis como dejectos da sociedade (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Depois da Segunda Grande Guerra Mundial aceleraram-se as mudanças positivas na Psiquiatria, sobretudo com o surgimento dos antipsicóticos e antidepressivos que

promoveram o esvaziamento dos grandes hospitais. O *Action for Mental Health* do Presidente Kennedy, estimulou a assistência ambulatoria e comunitária com o consequente surgimento de novas técnicas psicoterapêuticas e novas abordagens psicoterapêuticas. Saiu-se de uma Psiquiatria sem diagnóstico para uma Psiquiatria com diagnóstico, e surgiram questões fundamentadas sobre a Psicanálise (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Desta forma, pode-se considerar que a loucura, como objecto de estudo, é tão antiga quanto à existência do homem na face da terra. Hoje, o hospital representa um “porto de abrigo” para todo aquele que anseia pela acalmia das suas angústias, dificuldades, fragilidades bem como a solução para os seus males, caminhando neste sentido para a realização da sua segurança.

3.1 Hospital de Dia

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (s/d, citado por Campos, 1995), o hospital é concebido como “*parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensada à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda, um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais*” (p. 20). Para o Ministério da Saúde – MS (s/d, citado por Campos, 1995) o Hospital de Dia é definido como: “... *parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente*” (p. 20).

Sabe-se hoje que o hospital surgiu como uma espécie de “depósito”, em que se amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos tendo por base uma finalidade mais social do que terapêutica. Actualmente, o hospital assume uma outra perspectiva, tendo um papel mais especializado, na medida em que, o seu objectivo principal é a restauração da saúde destinando-se desta forma a um nível mais terapêutico. Neste sentido, a Psicologia

Clínica, exercida em contexto hospitalar, destina-se ao atendimento de pacientes com distúrbios psíquicos, levando-os a um equilíbrio de personalidade.

No desenvolvimento actual dos serviços de saúde mental, o Hospital de Dia Psiquiátrico⁵ representa a instituição charneira sobre a qual nos apoiamos para imprimir a mudança que se deseja, isto é, a passagem de hospital asilo a hospital psiquiátrico comunitário, do internamento como principal medida psicoterapêutica para a acção individual e no grupo, materializando uma atitude preventiva e integradora e promotora de saúde mental (Coimbra de Matos, 2004).

Considera-se assim, o HD uma instituição de transição, no sentido de que, no momento actual, é através do seu funcionamento que mais eficazmente se poderá operar a mudança de conceitos e práticas que a moderna compreensão da saúde e da doença mentais impõe. É no seu dia-a-dia operante que os técnicos, os doentes e o público assimilam a importância da força patogénica dos factores psicossociais e o valor psicoterapêutico da sua análise e correcção. É ainda, no convívio estreito e diário/constante do HD que cada um – indistintamente – aprenderá a reconhecer os factores pessoais e próprios de dinamização do processo terapêutico (Coimbra de Matos, 2004).

Conforme Coimbra de Matos (2004), os utentes/doentes aceitam mais facilmente que se fale em novas clínicas, mais ou menos confortáveis, de pequena dimensão, acolhedoras, integradas nos hospitais gerais, com bom equipamento, e servidas por um pessoal competente e diferenciado.

No que respeita à assistência e aos débeis mentais profundos, o HD é o sector mais pobre em recursos da assistência psiquiátrica, pois a recuperação possível é bastante diminuta; contudo, dada a sobrecarga familiar que estes doentes acarretam, é quase uma regra a necessidade de hospitalização, pelo menos a tempo parcial, ou periódica (Coimbra de Matos, 2004).

⁵ Entende-se por hospital de dia psiquiátrico toda a instituição para cuidados de saúde mental funcionando em regime de semi-internato, seja qual for o tipo de doentes que recebe (Coimbra de Matos, 2004).

Os Hospitais de Dia, segundo Coimbra de Matos (2004), têm-se desenvolvido a um ritmo muito lento, há uma certa resistência à mudança pois as exigências são maiores. No entanto, os exemplos vão-se multiplicando e os bons resultados são evidentes. Uma das funções prioritárias dos serviços centrais e especializados é a formação de técnicos, designadamente o seu treino de pós-graduação. Para o efeito, como é evidente, torna-se necessário que os serviços disponham das condições suficientes em matéria de instalações, equipamento, especialistas qualificados e patologia adequada ao ensino.

Partindo do citado e com base no estágio *in loco*, foi possível constatar a funcionalidade da unidade do HD do Hospital em pauta. A Unidade tem por missão a prestação de cuidados de saúde especializados de Psiquiatria e de Saúde Mental, de modo consistente e de elevada motivação dos profissionais de saúde, assentes num modelo de intervenção psicodinâmica, numa excelente técnica dirigida à população adulta da área geodemográfica que lhe está atribuída.

O HD foi criado nos finais dos anos 70 pelo eminente Professor Doutor Eurico Figueiredo como “Serviço de Prevenção e Crise” de acordo com um modelo semelhante ao que se desenvolvera de forma pioneira em Génève, na Suíça, em 1970. Desde essa altura o HD tem funcionado como uma unidade de prestação de cuidados psicoterapêuticos aos quais estiveram sempre subjacentes os princípios referenciais teóricos da psicoterapia dinâmica. É uma unidade de hospitalização parcial, com capacidade para 16 utentes com cuidados especiais a designar – Psiquiatria de Ligação e Consulta Externa que fazem parte do departamento de ambulatório situado na Unidade de Cuidados Especiais.

O seu espaço físico engloba vários gabinetes e uma sala para outras áreas profissionais independentes do próprio HD, compreendendo este, as seguintes divisões: uma recepção, uma sala de espera, seis gabinetes, onde se inclui o gabinete do Director do departamento ambulatório, uma sala de reuniões dos técnicos, uma sala de trabalho de enfermagem, uma enfermaria com quatro camas, uma sala de jogos, um salão polivalente (para actividades de interacção social, de terapia ocupacional, de terapia de grupo e de relaxamento), uma copa e refeitório, duas casas de banhos de utentes, duas casas de banhos do pessoal, um vestiário do pessoal, uma arrecadação e uma sala de sujos.

Tem como objectivos a prestação de cuidados psicoterapêuticos especializados e intensivos, permitindo a prevenção da hospitalização completa, a prevenção da cronicidade, a resolução do impasse terapêutico, a intervenção intensiva e especializada sem desvinculação da comunidade; a intervenção intensiva e especializada como meio de transição para a comunidade, o diagnóstico diferencial, a intervenção de crise e a redução de custos.

Os elementos que constituem a equipa terapêutica têm formação e experiência clínica nas áreas da Teoria Psicanalítica, da Psicoterapia Familiar e Sistémica, da Psicoterapia Cognitiva, da Psicoterapia Narrativa e Psicodrama.

3.2 Processo de Intervenção no Hospital de Dia

Tendo o HD do Hospital Psiquiátrico em causa por missão a prestação de cuidados de saúde especializados de Psiquiatria e de Saúde Mental, baseado no decreto-lei de Saúde Mental n.º 2118/63 (que propõe uma acção profiláctica, terapêutica e pedagógica no âmbito das doenças e anomalias mentais, com vista a assegurar e restabelecer o equilíbrio do sujeito), o campo de actuação deste Hospital abrange as categorias de prevenção primária, secundária e terciária. É de realçar a importância deste serviço na medida em que as perturbações mentais constituem um grande problema de saúde pública, à escala mundial, nomeadamente as perturbações ansiosas e depressivas, as perturbações da personalidade e a esquizofrenia (Coimbra de Matos, 2004; Ménéchal, 2002).

Neste sentido, o HD e todas as actividades nele desenvolvidas têm como objectivo a organização de um meio terapêutico estruturado, voltado para uma realidade social exterior, com a finalidade de facilitar situações sociais frequentes, devendo-se porém aos avanços da Psicofarmacologia e ao modelo de intervenção comunitária que trazem consigo uma nova prática e uma nova mentalidade.

Trata-se de uma intervenção psicoterapêutica intensiva, estruturada, multidisciplinar, especializada e diferenciada, realizada em equipa multidisciplinar, incluindo Psicologia Clínica mais estagiários. É efectuado um tratamento integrado que engloba uma intervenção psicofarmacológica, intervenção psicoterapêutica individual, de grupo e de

família, actividades de expressão corporal, actividades criativas e livres, acções de educação para a saúde e medidas de reabilitação e reinserção social. O trabalho terapêutico desenvolvido no HD está programado numa sequência semanal desenrolando-se num *setting* institucional estruturado, em que os momentos fundamentais são os grupos terapêuticos, as consultas individuais realizadas em co-terapia e as reuniões da equipa terapêutica multidisciplinar. O trabalho em equipa, com a apresentação e discussão de casos clínicos, a análise dos grupos terapêuticos e do funcionamento institucional permitem estabelecer um *feedback* entre a vivência em grupo, os grupos terapêuticos, a consulta individual e o meio exterior, o que possibilita avaliar a evolução clínica de cada utente/doente de forma contínua e integrada. Todo o trabalho clínico é supervisionado, sendo discutida e aprofundada a situação clínica de cada utente/doente, e ponderadas e corrigidas as estratégias terapêuticas específicas para cada caso. Assim, o trabalho em equipa permite maximizar o potencial terapêutico a um nível de integração superior, fruto das diferentes perspectivas e formações de cada elemento da equipa, bem como, da supervisão, da aprendizagem e da avaliação contínuas.

3.3 Internamento Parcial

No que concerne ao processo do internamento parcial a *Admissão* é realizada de imediato ou em diferido de acordo com o grau de urgência, o número de vagas e o impacto desta entrada no grupo já em tratamento. Os critérios de *Admissão* no HD são flexíveis e sempre sujeitos à avaliação da equipa terapêutica. De uma forma geral, procura-se que o utente/doente não apresente alterações de comportamento incompatíveis com regras básicas de convivência em grupo e regras de funcionamento do HD, não apresenta incapacidade intelectual grave, nem risco grave de suicídio, nem actividade alucinatória ou delirante intensa que impossibilite dar o seu consentimento informado e a sua integração ao grupo, nem patologia de dependência de álcool e drogas como problema central. Desde o momento da *Admissão*, é estabelecida com o utente/doente uma relação de compromisso que implica a aceitação de regras em relação a faltas, horários, participação nas actividades terapêuticas, sigilo e não contacto com outros pacientes fora dos horários e locais de tratamento.

Para cada utente/doente é elaborado um projecto terapêutico e plano de cuidados de acordo com a sua patologia, a sua situação socioprofissional e familiar, as intervenções terapêuticas anteriores submetidas e, é também, feita uma estimativa do tempo necessário de tratamento no HD.

3.4 Papel e Atendimento do Psicólogo

A necessidade de tratamento impõe-se quando a angústia é intensa e quando excede a capacidade que o sujeito tem de reagir de modo adaptativo, interferindo de maneira substancial na sua actividade quotidiana (Ruiloba & Ferrer, 1999).

A palavra de ordem para a intervenção terapêutica é a mudança. Neste sentido, os objectivos manifestos nas intervenções psicológicas prendem-se com a necessidade de facilitar a mudança de comportamento do sujeito, promover a ajuda este sujeito, visando uma maior adequação ao contexto, por forma a facilitar as exigências específicas da situação que se lhe apresenta (Bennett, 2002; Ribeiro, 1999).

A Psicologia tornou-se importante no contexto de saúde mental, resultante da necessidade de ajudar pessoas não só com doenças mentais mas também, com problemas de adaptação à sua doença mental, às sequelas da doença mental, ou outras semelhantes. É neste âmbito que surge a Psicologia Clínica voltada para a saúde mental (Ribeiro, 1998). Segundo Baptista e Dias (2003), para além do suporte técnico, o psicólogo clínico deve desenvolver a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir as suas queixas, encontrar em conjunto estratégias facilitadoras para aceitação e compreensão da doença mental e contribuir para a adaptação e modificação que poderão ser necessárias para dar resposta ao seu problema.

Corroborado pelos autores (Lima Gonçalves, 1983, citado por Campos, 1995; Trindade & Teixeira, 2000, 2007) o psicólogo, no que respeita à intervenção psicológica no contexto hospitalar, deve ser também um profissional com competências nas áreas educacionais, que inclui a orientação dos pacientes e suas famílias, mas também, da equipa multidisciplinar e, finalmente, a pesquisa, que engloba todo o trabalho realizado e que

contribui para a produção de conhecimentos teórico-práticos, podendo ainda incluir actividades com os utentes/doentes, com os técnicos e junto da própria organização.

Partindo destes pressupostos, parece pertinente a reflexão acerca da gestão e das respectivas actividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular, bem como valorizar a assistência psicológica prestada ao utente/doente em contexto hospitalar.

Os objectivos da intervenção psicológica consistem na utilização de técnicas específicas da Psicologia sendo estas seleccionadas com grande rigor para a avaliação e/ou intervenção dos casos clínicos e respectivas problemáticas, desde a entrevista, a observação, a triagem e a administração de testes psicológicos de avaliação intelectual, neuropsicológica, personalidade/traço e sintomatológica, sendo que num serviço psiquiátrico variam consoante a formação do psicólogo. Porém, as funções do psicólogo também dependem da estrutura e expectativas da instituição hospitalar, das características do serviço e, sobretudo, das características e problemáticas apresentadas pelos utentes/doentes (Almeida, 2000; McIntyre, 1994; McWilliams, 2004).

É na procura de respostas para a doença mental de um utente/doente que a díade psiquiatra/psicólogo assume um perfil vantajoso, isto é, a reunião dos objectivos das duas áreas conseguem objectivar a melhoria do utente/doente enquanto um todo, na sua dimensão biológica e psicológica. Sendo que para o exercício das suas funções, a palavra de ordem é o respeito pela ciência de cada um mantendo plena consciência do seu espaço de actuação (Alamy, 2007; McWilliams, 2004; Ménéchal, 2002; Moreira, Melo et al., 2005; Trindade & Teixeira, 2007).

É nesta realidade, justificada pela literatura científica, que se fundamenta toda a dinâmica terapêutica da Unidade do Hospital de Dia do Serviço do Porto, tratando-se de uma intervenção psicoterapêutica intensiva, estruturada, multidisciplinar, especializada e diferenciada, realizada em equipa multidisciplinar.

É de salientar, de acordo com (Bennett, 2002; McWilliams, 2004; Macedo, s/d) que a necessidade de atender a heterogeneidade implícita do grupo, leva a que o psicólogo não

deva atender todos do mesmo modo, tendo em conta que, cada caso é um caso e como tal, necessita de uma abordagem específica onde se honra a cristalização de uma aliança terapêutica.

Assumindo tal directriz, a actividade profissional do psicólogo em contexto hospitalar utiliza diversos meios que podem ir desde a prevenção ao diagnóstico clínico/diagnóstico institucional e à intervenção psicológica individual, familiar, grupal e institucional (Macedo, s/d; McIntyre, 1994). Autores como Rodriguez e Hermida (1995, citados por Fonseca, 1998) realçam a importância e pertinência do papel do psicólogo clínico em instituições hospitalares, evidenciando que cada vez mais se torna necessário o apoio de um especialista do comportamento humano.

Neste sentido, são diversas as funções que o psicólogo pode desenvolver e oferecer ao serviço de saúde nomeadamente: oferecer atenção psicológica aos utentes/doentes, os familiares e às equipas multiprofissionais da instituição; prestar assistência a famílias em processo de luto; utilizar e aplicar diversas técnicas de intervenção psicológica a nível individual, grupal e institucional; integrar-se no trabalho multidisciplinar nos diferentes serviços da instituição; cooperar de forma activa na selecção, avaliação e classificação da equipa multiprofissional, tendo em conta as condições psicológicas para a execução dos seus trabalhos; fomentar o aumento da satisfação pelos serviços prestados, participando na avaliação e ajustes dos mesmos às expectativas da população e às possibilidades crescentes da instituição; contribuir para o aumento do bem-estar psíquico e saúde mental da equipa multiprofissional, realizando trabalho preventivo na instituição; desenvolver uma linha de investigação científica de acordo com as necessidades da instituição em paralelo com a actividade docente; promover a inclusão social dos utentes/doentes, após um internamento prolongado (no caso de crianças, introduzir conteúdos pedagógicos, ou seja, tentar levar a escola ao hospital); e, finalmente, divulgar conhecimentos de áreas emergentes (Macedo, s/d).

Conclui-se assim que o psicólogo que exerce a sua profissão numa instituição hospitalar possui um papel determinante, assumindo-se como um agente de modificação de comportamentos individuais e sociais. Como perito por excelência em comunicação e

relação humana, este visa um relacionamento saudável que é estabelecido através do diálogo entre os profissionais de saúde com o utente/doente assim como com os seus familiares, isto porque, tanto o sujeito como a sua família são merecedores de atenção, consideração e ajuda, éticamente falando (McIntyre, 1996).

Para os psicólogos clínicos e futuros profissionais em psicologia, o mais importante é sem sombra de dúvida o *feedback* transmitido pelos utentes/doentes, uma vez que são estes que motivam dia-a-dia o psicólogo clínico para o seu trabalho.

3.5 Perfil dos Utentes em Internamento Parcial em Hospital de Dia

No seguimento da abordagem efectuada na presente Dissertação, são diversos os factores que determinam o início, a evolução e a prevalência das perturbações mentais e comportamentais. Sabe-se que estas perturbações exercem um considerável impacto sobre os indivíduos, as suas famílias e as suas comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietantes do seu problema, como sofrem também por estarem incapacitados de participar em actividades de trabalho e lazer, para além de se sentirem culpados pela incapacidade de serem responsáveis para com a sua família e os seus amigos, receando serem um fardo para os outros, muitas vezes por discriminação.

No campo mental, sem que se apercebam, os médicos estabelecem na maioria das vezes uma identificação entre o sujeito e a doença (eg., um doente depressivo, é visto como se a própria pessoa fosse culpada da doença depressiva). Ora, a verdade é que, mesmo nas formas crónicas, hoje em dia, as doenças mentais podem ser atenuadas e controladas com tratamentos específicos, de modo a tornar-se menos doente ou mesmo deixar de estar doente. Quanto mais se sabe de cada doença, em particular da sua etiopatogenia, e a terapêutica, menos estigmatizante se tornará. Sabe-se que esta questão do estigma tem grande relevância para a saúde pública, para a saúde das pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas, para a saúde mental e para a saúde moral (Jara, 2006).

As perturbações mentais e comportamentais, segundo a literatura, entendem-se por condições clinicamente significativas, caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou

deterioração do funcionamento). Estas perturbações não são apenas variações dentro da escala do “normal”, mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afectivo não significa, em si mesmo, a presença de perturbação mental ou comportamental. Deste modo, para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, numa ou em mais esferas da vida. As mesmas caracterizam-se, também, por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Contudo, nem todas as alterações denotam perturbação mental (eg., as pessoas podem sofrer de angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais, porém, essa angústia não constitui uma perturbação mental, a menos que sejam satisfeitos todos os critérios pertinentes a determinada perturbação (McWilliams, 2005;OMS, 2002).

O modo como é aplicado um certo número de termos, muitas vezes imprecisos e por vezes equívocos, pode levantar problemas particulares, provocando muitas vezes uma difícil comunicação entre psiquiatras e psicólogos clínicos e psicopatologistas. Por exemplo, os adjectivos “neurótico” e “psicótico” parecem criar muitas ambiguidades na sua utilização corrente. Porém, a dificuldade não provem, aliás, tanto de uma incerteza psiquiátrica sobre as características ligadas à noção de neurose ou à noção de psicose mas, sobretudo, de uma falta de rigor ou de exactidão sobre o *nível* real do *plano* no qual se situa quando se descreve uma qualquer entidade que a seguir se qualifica como “neurótica” ou “psicótica” (Bergeret, 2000).

Para Campos (1995) é através do acompanhamento psiquiátrico e psicológico junto ao utente/doente e junto aos seus familiares que se vai prestando o auxílio necessário na tentativa de enfrentar o problema acompanhando os diferentes momentos de intervenção que o mesmo necessita, incluindo um novo ritmo de vida, novos hábitos (eg., o uso de determinadas psicoterapias, nomeadamente os psicofármacos e as transformações no corpo que daí resultam).

No que respeita aos *Diagnósticos*, os utentes/doentes do HD do Hospital apresentam em geral diversas doenças mentais, tais como: Perturbação Neurótica da Personalidade e outras não Psicóticas, codificadas no Eixo II; Perturbações da Personalidade – perturbação estado limite da personalidade (*Borderline*) e, reacção depressiva de adaptação; sendo que nas Neuroses apresentam estados ansiosos e depressão neurótica.

Assim, quanto aos critérios gerais de diagnóstico relativamente às *Perturbações da Personalidade*, estas estão descritas segundo o DSM-IV como:

(*Critério A*) – Padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é invasivo e inflexível, tem início na adolescência ou no jovem adulto, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade. Este padrão é expresso em duas (ou mais) das seguintes áreas; cognição (formas de percepção e interpretação de si próprio, dos outros e dos acontecimentos); afectividade (variedade, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional); funcionamento interpessoal e por último, controlo dos impulsos;

(*Critério B*) – Este padrão é estável, é inflexível e é global numa grande variedade de situações pessoais e sociais;

(*Critério C*) – Origina sofrimento clinicamente significativo ou deficiência na vida social, profissional ou noutras áreas importantes de funcionamento;

(*Critério D*) – O padrão é estável, de longa duração e o seu começo ocorreu o mais tardar na adolescência ou no início da idade adulta;

(*Critério E*) – O quadro sintomatológico não pode ser atribuível a outra perturbação mental e não é devido ao efeito directo de uma substância (eg., abuso de drogas, medicamentos, exposição a tóxicos); e, por fim, o

(*Critério F*) – A um estado físico geral (por exemplo, traumatismo craniano. Assim, o diagnóstico da perturbação da personalidade requer uma avaliação dos padrões de funcionamento individual ao longo do tempo e as características particulares da personalidade terão de ter sido evidentes pelo início da idade adulta (DSM-IV-TR, 2002).

Os traços de personalidade que definem estas perturbações devem também ser distinguidas das características que emergem em resposta a uma situação específica ou a

um estado mental transitório (eg., perturbação de humor ou da ansiedade, intoxicação por substâncias). Assim, o Psicólogo Clínico deve atender à estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diferentes situações (DSM-IV-TR, 2002).

Quanto à diferenciação da Organização da Personalidade, esta divide-se em três partes: Integração da Identidade, Mecanismos de Defesa e Teste da Realidade:

No que respeita à Perturbação *Borderline* quanto à Integração da Identidade, está presente uma difusão de identidade – aspectos contraditórios do *Self* e dos outros são mal interpretados e mantidos separados; em relação ao Mecanismos de Defesa está presente principalmente a clivagem e as defesas de baixo nível – idealização primitiva, identificação projectiva, degeneração, onnipotências e desvalorização, e por último, quanto ao Teste da Realidade – onde ocorrem alterações com a realidade e nos sentimentos sobre a realidade (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1991).

Quanto à abordagem terapêutica, que alguns autores propõem para pacientes *Borderline*, é a psicoterapia expressiva que tem por objectivo aumentar a capacidade do paciente a experienciar o *Self* e os outros como coerentes, integrados, indivíduos que possam ser percebidos de forma real e reduzir a necessidade de usar defesas que enfraquecem a estrutura do *Ego*, reduzindo o repertório de respostas disponíveis. Consequentemente, pode-se esperar que desenvolva uma maior capacidade de controlar impulsos, tolerar a ansiedade, modular os afectos, sublimar as necessidades pulsionais, desenvolver relações interpessoais estáveis e satisfatórias e experienciar intimidade e amor. Estas técnicas básicas da psicoterapia expressiva são as mesmas da Psicanálise: interpretação, análise da transferência e neutralidade técnica, embora em contraste com a Psicanálise na medida em que a psicoterapia expressiva enfatiza o aqui-e-agora durante a maior parte do tratamento (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1991).

Na Perturbação *Neurótica relativamente* à Integração da Identidade, as representações do *Self* e do objecto são claramente delimitadas. Apresenta uma identidade integrada – imagens contraditórias do *Self* e dos outros são integradas em concepções abrangentes; sendo que nos Mecanismos de Defesa as defesas protegem o paciente do conflito intrapsíquico. A interpretação melhora o funcionamento, e por último, o Teste da

Realidade – capacidade de avaliar o *Self* e os outros realisticamente e em profundidade (DSM-IV-R, 2002; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1991; Kernberg, 2006).

Quanto aos critérios de Diagnóstico para Perturbação *Estado Limite da Personalidade* (Borderline) caracterizam-se por padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, e impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes sintomas:

1. Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado⁶;
2. Um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizadas por alternância extrema entre idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da auto-imagem ou do sentimento de si próprio;
4. Impulsividade pelo menos em duas áreas que são potencialmente autolesivas (gastos, sexo, abuso de substâncias, condução ousada, ingestão alimentar maciça)⁷;
5. Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou de comportamento automutilante;
6. Instabilidade afectiva por reactividade de humor marcada (eg., episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias);
7. Sentimento crónico de vazio;
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades de a controlar (por exemplo, episódios de perda da calma, raiva constante, brigas constantes; e,
9. Ideação paranóide transitória reactiva ao *stress* ou aos sintomas dissociativos graves (DSM-IV-R, 2002).

Para Beck e Freeman (1990, citados por Joyce-Moniz, 1993) e para Freeman (2000) os esquemas típicos dos *Distúrbios da Personalidade* assemelham-se aos que são activados nos síndromes sintomáticos, mas estão operativos numa base mais contínua de processamento da informação.

⁶ Nota: não inclui os comportamentos automutilantes e suicidas descritos no Critério 5.

⁷ Nota: não incluir os comportamentos automutilantes ou suicidas descritos no Critério 5.

Quanto às *Perturbações Neuróticas*, boa parte delas são inevitáveis no tipo de civilização em que se vive hoje. A forma como tem sido a população obrigada a existir, os protestos da vida social respondem por muitas desordens da personalidade, como as neuroses e as psicopatias. Os sintomas psíquicos (ou psicogénicos) e de doenças psíquicas – são actos prejudiciais, ou pelo menos inúteis, para a vida do sujeito como um todo, de que ele muitas vezes se queixa e que lhe provoca desprazer ou sofrimento (Freud, 2001). Descobriu-se há algum tempo que os neuróticos estão ancorados num ponto do seu passado. Segundo o autor, a neurose tem origem na frustração de um desejo vital das pulsões (Freud, 2001; Widlöcher, 2001).

Relativamente à *Depressão*, Kraepelin (2006) no que respeita aos casos mais graves, em regra geral, refere que há um abrandamento e dificuldades no reconhecimento das impressões exteriores por estas não despertarem eco na consciência do doente. Os doentes tornam-se mais ou menos incapazes de elaborar intelectualmente e de compreender os acontecimentos, já não compreendem nada no mundo que os rodeia, mesmo se as percepções sensoriais isoladas se produzem de uma maneira relativamente satisfatória. Estes doentes, muitas vezes explicam que apesar dos seus esforços, não conseguem encontrar um sentido na vida. Nas formas mais graves, a consciência dos doentes está, em geral, perturbada. No ponto mais elevado desta perturbação, as impressões e as representações tornam-se obscuras e confusas (Cordás, Nardi & Moreno, 2002).

Para Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1991) e Kernberg (1995) a Depressão pode afectar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias. Há, porém, um crescente reconhecimento da depressão durante a adolescência e o princípio da vida adulta (Lewinsohn et al., 1993, citados por OMS, 2002; Widlöcher, 2001). A Depressão é essencialmente um episódio recorrente, durando geralmente cada um dos sintomas entre alguns meses e alguns anos, com um período normal entre eles. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão evolui, sem remissão, para a cronicidade (Thornicroft & Sartorius, 1993, citados por OMS, 2002), especialmente quando não há tratamento adequado disponível. A taxa de recorrência para os que recuperam do primeiro episódio situa-se à volta dos 35% aos 2 anos, e cerca de 60% aos 12 anos. A taxa de recorrência é mais elevada nos indivíduos com mais de 45 anos de idade. Um dos resultados particularmente trágicos de uma perturbação depressiva é o suicídio.

Cerca de 15%-20% dos doentes depressivos põem termo à vida cometendo suicídio (Goodwin & Jamison, 1990 citados por OMS, 2002). O suicídio continua a ser um dos resultados frequentes e evitáveis da depressão.

Actualmente, a Depressão grave é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. Se estiverem correctas as projecções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças mentais no mundo (OMS, 2000). Assim, a Depressão tornou-se a epidemia psíquica das sociedades democráticas (Roudinesco, 2000, citado por OMS, 2002) e será, segundo, a Organização Mundial da Saúde, a segunda causa de morbilidade psicológica entre as mulheres no ano 2020. Aliados à depressão subsistem ansiedade e sintomas como insónia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, definidos por Goldberg e Huxley (1992, citados por OMS, 2002) como transtornos mentais comuns (TMC).

De acordo com os critérios de Diagnóstico para a Depressão referenciados no DSM-IV-TR, caracterizam-se por humor depressivo durante a maior parte do dia, e mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos, indica pelo relato subjectivo ou pela observação dos outros; ter apetite diminuído ou aumentado; ter insónia ou hipersónia; ter fadiga ou pouca energia; ter baixa auto-estima; ter dificuldades de concentração ou de tomar decisões; ter sentimentos de falta de esperança, entre outros.

É de realçar que o desenvolvimento dos antidepressivos com efeitos secundários menos marcados, o aumento do acesso à informação e das expectativas dos doentes resultam numa maior consciencialização, reconhecimento e tratamento da depressão. Recentemente, tem-se verificado um interesse crescente nos antecedentes sociais e psicológicos da doença depressiva (mcclure & hallstrom, 2000; Cordás, Nardi & Moreno, 2002).

Relativamente à *Ansiedade*, é uma reacção emocional universal e uma característica natural da vida humana, também partilhada por outras espécies, cuja função é proteger o organismo de uma ameaça ou perigo. Contudo, por vezes organiza-se de modo patológico,

quando esta ocorre de maneira irrealista e excessiva afectando o indivíduo de forma acentuada, incapacitante e negativa (Brown, O'Leary & Barlow citados por Barlow, 1999; Lima & Oliveira, 2005; Weiner, 1995).

Deste modo, entra-se no campo das *Perturbações da Ansiedade*. Para que o diagnóstico se confirme quanto a esta perturbação, é necessária a presença e persistência de sintomas de pelo menos quatro categorias, sendo elas: tensão motora⁸, hiperactividade autonómica⁹, expectativa apreensiva¹⁰, assim como, vigilância e exploração do ambiente¹¹. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação na medida em que a ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes sintomas que deverão estar presentes na maioria dos dias, nos últimos seis meses: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, cansaço, tensão muscular, perturbação do sono, entre outros. O foco de ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou ainda noutras áreas importantes da vida do indivíduo. Esta perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de uma condição médica geral, nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, ou num Transtorno Psicótico ou ainda num Transtorno Global do Desenvolvimento. (APA, 2002; Brown, O'Leary & Barlow, citados por Barlow, 1999; Flichman, 2001, Resnik & Cascardo, 2001 citados por Pereira, 2005).

Todavia, existem vários modelos que destacam alguns factores mencionando que as Perturbações de Ansiedade podem desenvolver-se a partir de um conjunto de factores de risco, incluindo factores de ordem genética, química cerebral, personalidade e *life events*. Assim, acredita-se que estas perturbações são causadas por combinação de agentes biológicos e ambientais (Brown, O'Leary & Barlow citados por Barlow, 1999; Lima & Oliveira, 2005; McClure & Hallstrom, 2000; Weiner, 1995).

⁸ Dores musculares e inquietação;

⁹ Sudorese, tontura e frequência cardíaca acelerada;

¹⁰ Ansiedade, preocupação e medo;

¹¹ Dificuldade de concentração e irritabilidade (Brown, O'Leary & Barlow, citados por Barlow, 1999; Pereira, 2005).

Apesar das eventuais diferenças de apresentação da ansiedade, através das diversas situações que a desencadeiam, sabemos que a maioria das perturbações da ansiedade que são tratadas na idade adulta têm a sua génese na infância ou na adolescência Marks (1987, citado por Soares, 2000). Numa perspectiva evolutiva e desenvolvimental, a continuidade da resposta ansiosa é possível ao longo da vida, devendo as diferenças esperadas entre períodos desenvolvimentais e situações desencadeadores dependerem das funções que a ansiedade desempenha para esse período ou situação. Porém, a identificação da resposta ansiosa e o conhecimento da sua natureza e manifestações é, contudo, insuficiente para elucidar porque é que os humanos possuem esta capacidade, ou porque é que esta apenas aparece em determinadas alturas ou situações, isto é, nada diz sobre as funções da ansiedade. Clark e Watson (1991, citados por Soares, 2000) através do seu modelo tripartido¹², indicam que se pode inferir a identificação da ansiedade quando o indivíduo descreve sentir mal-estar e apresenta níveis elevados de activação fisiológica.

Vários estudos referem, que é comum a Perturbação de Ansiedade estar acompanhada de depressões¹³, abuso de substâncias (álcool e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) ou, de outras perturbações de ansiedade (perturbações por angustia, fobia social, fobia específica), verificando-se com maior frequência nas mulheres, com uma prevalência global na população de 5% (Gispert, 1999; Lima & Oliveira, 2005; mcclure & hallstrom, 2000; Ruiloba & Ferrer 1999; Soares, 2000). Neste tipo de perturbação é habitual encontrar-se: pensamentos, frases, palavras, impulsos ou imagens recorrentes egodistónicas, persistentes, que invadem a consciência, geralmente sem sentido e que, em certos períodos, são vivenciados como intrusivos, inadequados e incontroláveis, provocando ansiedade ou desconforto intenso (DSM-IV-TR, 2002; Joyce-Moniz, 1993; Pio Abreu, 2007; Verdiani, 2001).

O facto da Ansiedade para algumas pessoas ser desconfortável e para outras não, é defendida por alguns autores por dois componentes: o *traço*¹⁴ e o *estado*¹⁵; assim, as pessoas com baixa ansiedade basal muitas vezes procuram situações indutoras de

¹² Modelo que diferencia as emoções que habitualmente se encontram correlacionadas na ansiedade e depressão mas que se diferenciam pelo nível de activação (Soares, 2000).

¹³ Existe uma grande probabilidade de que os sintomas de ansiedade que emergem pela primeira vez em pessoas acima dos 40 anos sejam secundários de doença depressiva (mcclure & hallstrom, 2000).

¹⁴ Predisposição subjacente ao nível da ansiedade que o indivíduo tem inicialmente (Soares, 2000).

¹⁵ Função variável que depende de factores externos (Soares, 2000).

ansiedade, outras com níveis de ansiedade altos, têm tendência a tentar reduzir a ansiedade evitando as situações que a aumentam. Embora existindo uma clara base genética para a Perturbação da Ansiedade, também existe o significado pessoal da situação indutora de ansiedade para o indivíduo e, a respectiva atitude perante a vida em geral (McClure & Hallstrom, 2000; Joyce-Moniz, 1993; Spielberger, 1985 citado por Baptista, Carvalho & Lory, s/d).

Neste sentido, as significações constituem nitidamente o elemento central dos distúrbios ansiogénicos. A crença que o sujeito atribui a qualquer situação mais ou menos contraditória falho antecipar “desgraças” com facilidade (são sofrendores natos), provocando um aumento de sintomas somáticos de alerta e entrar num círculo vicioso. A antecipação do futuro perigo, assim como a sua proximidade espacial, determinam a grande maioria das reacções ansiogénicas. Porém, nem sempre é assim. Na ansiedade difusa, a pessoa pode estar longe de qualquer situação de perigo e nem sequer ter consciência da ameaça (McClure & Hallstrom, 2000; Joyce-Moniz, 1993). O que nos coloca a alternativa entre, por um lado, proceder a uma distinção entre a ansiedade adaptativa e patológica ou, por outro, distinguir a adaptação da patologia quanto às significações de medo, que lhe estão subjacentes (Brown, O’Leary & Barlow, 1999, citados por Barlow, 1999).

Apesar da imensa variedade cultural, individual, e das diferenças ao longo da vida, o ser humano é capaz de prever com elevado nível de sucesso que determinadas situações, objectos ou estímulos, desencadeiam padrões semelhantes de resposta em diferentes indivíduos e em diferentes culturas (Soares, 2000).

Síntese

Neste capítulo foi tratado o sistema de intervenção quanto ao atendimento psiquiátrico e clínico em Hospital Psiquiátrico, fazendo referência ao próprio HD e à sua intervenção, tendo como objectivo descrever todo o procedimento para o internamento parcial e, em particular atendimento, e sobretudo a experiência do Psicólogo Clínico na consulta de atendimento em HD, convivendo de forma intensa com a realidade do dia-a-dia e com a “osmose” entre esta realidade e as experiências e vivências de um Hospital Psiquiátrico.

Por isso a formulação do diagnóstico é mais fiável e aperfeiçoada dado que o Psicólogo Clínico tem um contacto real e de proximidade com o utente/doente mental, permitindo-lhe desta forma inventariar as causas, formular o tratamento e certificar-se dos seus efeitos, dado o conhecimento que tem do *habitat* e da envolvente emocional do doente.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I

JUSTIFICAÇÃO, OBJECTIVOS, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DE ESTUDO

1.1 Justificação

Este estudo fundamenta a relevância de perceber todo o processo de intervenção de ordem psiquiátrica e psicoterapêutica efectuada junto dos utentes/doentes do HD. Para a investigadora, o presente estudo suscitou interesse não só pela dimensão expressiva das perturbações mentais, mas também pela actualidade permanente que estas perturbações têm no quotidiano, principalmente quando se trata de um hospital com cariz psiquiátrico. O presente estudo foi elaborado com o propósito de cumprir um dos requisitos para a conclusão do *Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde*, sendo que o mesmo deveria realizar-se na entidade acolhedora do estágio curricular. Assim, a presente investigação realizou-se em contexto hospitalar no âmbito da saúde mental, com utentes/doentes em internamento parcial na Unidade de Hospital de Dia, que se integra no Serviço de Meios Complementares de Diagnóstico e na Consulta Externa do Serviço do Porto do Hospital de Magalhães Lemos da cidade do Porto, correspondendo à população-alvo.

Ao longo do estágio curricular, observou-se vários casos clínicos, que permitiram o diagnóstico de um vasto leque de perturbações. Estas perturbações foram diagnosticadas recorrendo a um protocolo de instrumentos de avaliação, utilizado no momento da *Admissão* dos utentes/doentes nesta unidade, precisamente para estes fins. É de salientar que este mesmo protocolo é novamente administrado aquando da *Alta* dos utentes/doentes, o que permite observar e comparar os resultados obtidos em momentos da vida diferentes dos utentes/doentes, uma vez que durante o período de internamento parcial foram submetidos a uma série de intervenções de ordem psiquiátrica e psicoterapêuticas, tais como: fármacos, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia ocupacional, entre outras.

De facto, as temáticas subordinadas à saúde mental estão numa constante actualidade não só como se referia no que respeita aos hospitais, mas também em outras condições nomeadamente, no seio familiar. O quotidiano da população em geral é cada vez mais propício ao desenvolvimento de perturbações mentais. As diversas situações com que a população em geral se depara hoje em dia, especialmente o desemprego e a constante necessidade de mudança à qual por norma o ser humano é resistente, constituem-se

claramente como factores de risco para o surgimento de uma perturbação; obviamente, que esta situação não é condição *sine qua non*, uma vez que existem vários factores de possível compensação para esta situação. Perante este quadro, justifica-se cada vez mais um apoio precoce e sobretudo eficaz, quando se lida com populações com diagnósticos de perturbações mentais confirmados.

1.2 Objectivos

1.2.1 Objectivo Geral

Deste modo, e em consequência do estágio curricular realizado na área da clínica/saúde mental no Hospital de Magalhães Lemos, mais propriamente, na Unidade de Hospital de Dia, que se integra no Serviço de Meios Complementares de Diagnóstico e na Consulta Externa do Serviço do Porto, pretende-se com o presente estudo de cariz exploratório dar um contributo quanto à análise dos efeitos das intervenções de ordem psiquiátrica e psicoterapêuticas, tais como: fármacos, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia ocupacional, entre outras, sobre a *Sintomatologia Psiquiátrica* dos utentes/doentes internados em Hospital de Dia no momento da *Admissão* e no momento da *Alta* (estudo comparativo do tipo *antes vs. depois* para a verificação e comparação daquela sintomatologia), apreciados com o protocolo de instrumentos de auto-preenchimento, constituído pelos instrumentos: *Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised* (SCL-90-R), *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (IACLIDE) e *Inventário Clínico de Auto-Conceito* (ICAC).

Assim, a presente investigação visa verificar a *Sintomatologia Psiquiátrica* comparada dos utentes/doentes internados em Hospital de Dia no momento da *Admissão* e no momento da *Alta* com o protocolo de aplicação dos referidos instrumentos.

1.2.2 Objectivos Específicos

Quanto aos objectivos específicos do presente estudo, pretende-se verificar:

- a) As diferenças existentes entre os resultados observados no momento da *Admissão* e no momento da *Alta* dos utentes/doentes em internamento parcial quanto aos *Sintomas*

Psicopatológicos referentes a um amplo espectro de problemas psicológicos, obtidos através da aplicação do instrumento de auto-preenchimento designado de *Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised* (SCL-90-R);

b) As diferenças existentes entre os resultados observados no momento da *Admissão* e no momento da *Alta* dos utentes/doentes em internamento parcial quanto a *Depressão*, obtidos através da aplicação do instrumento de auto-preenchimento denominado de *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (IACLIDE);

c) As diferenças existentes entre os resultados observados no momento da *Admissão* e no momento da *Alta* dos utentes/doentes em internamento parcial quanto ao *Auto-Conceito*, obtidos através da aplicação do instrumento de auto-preenchimento intitulado de *Inventário Clínico de Auto-Conceito* (ICAC).

1.3 Hipóteses

Consequentemente, formulou-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existem diferenças significativas quanto à *Sintomatologia Psiquiátrica* apresentada pelos utentes/doentes em internamento parcial no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, isto é, o sistema de internamento psiquiátrico que inclui psicoterapia e acompanhamento psicológico tem efeitos sobre os *Sintomas Psicopatológicos* referentes a um amplo espectro de problemas psicológicos indicada pelo diagnóstico e pelo instrumento de avaliação – SCL-90-R.

Hipótese 2: Existem diferenças significativas quanto à *Sintomatologia Psiquiátrica* apresentada pelos utentes/doentes em internamento parcial no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, isto é, o sistema de internamento psiquiátrico que inclui psicoterapia e acompanhamento psicológico tem efeitos sobre a *Depressão* indicada pelo diagnóstico e pelo instrumento de avaliação – IACLIDE.

Hipótese 3: Existem diferenças significativas quanto à *Sintomatologia Psiquiátrica* apresentada pelos utentes/doentes em internamento parcial no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, isto é, o sistema de internamento psiquiátrico que inclui psicoterapia e

acompanhamento psicológico, tem efeitos sobre o *Auto-Conceito* indicado pelo diagnóstico e pelo instrumento de avaliação – ICAC.

1.4 Variáveis em Estudo

Assim, no presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

Variáveis dependentes: A sintomatologia Psiquiátrica, desdobrada nos *Sintomas Psicopatológicos*, a *Depressão* e o *Auto-Conceito*, avaliados através dos instrumentos: SCL-90, IACLIDE e AUTO-CONCEITO, assim como o *Diagnóstico Psiquiátrico* dos utentes/doentes do Hospital de Dia.

Variável independente: as intervenções de ordem psiquiátrica e psicoterapêutica, através de fármacos, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia ocupacional, entre outras, administradas nos utentes/doentes internados em Hospital de Dia.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Participantes

Os participantes constituem uma amostra intencional, na medida em que a população em estudo é constituída pelos utentes/doentes em internamento parcial na Unidade de Hospital de Dia, que se integra no Serviço de Meios Complementares de Diagnóstico e na Consulta Externa do Serviço do Porto do Hospital de Magalhães Lemos, de ambos os géneros, com patologia psiquiátrica diagnosticada, no período decorrente entre Janeiro e Agosto de 2009.

2.1.1 Critérios de Exclusão vs. Critérios de Inclusão

Todos os utentes/doentes em internamento parcial na Unidade de Hospital de Dia, que se integraram no Serviço de Meios Complementares de Diagnóstico e na Consulta Externa do Serviço do Porto do Hospital de Magalhães Lemos, foram passíveis de pertencerem à amostra desde que facultassem o Consentimento Informado para participar no presente estudo e se encontrassem em internamento, com condições semelhantes às descritas anteriormente, durante o período de recolha de dados. Foram excluídos da presente investigação todos os utentes/doentes sobre os quais faltava dados relativos ao momento de *Admissão* e/ou ao momento da *Alta*, como também todos os utentes/doentes que abandonaram o processo psicoterapêutico, para além dos utentes/doentes que ainda não tinham tido alta até ao prazo limite (Agosto de 2009) estabelecido pela investigadora para recolher os dados respectivos à amostra.

2.1.2 Caracterização dos Participantes

Nesta investigação participaram todos os utentes/doentes, com idade igual e/ou superior a 18 anos, que foram recepcionados e admitidos em internamento parcial em Hospital de Dia do Serviço Porto do Hospital de Magalhães Lemos em Janeiro de 2009 e que obtiveram alta até Agosto de 2009, prazo limite estabelecido pela investigadora, como acima referido, num total de 26 sujeitos. É de salientar que dez (10) sujeitos foram eliminados da amostra devido aos critérios de exclusão. Assim, a amostra deste estudo ficou reduzida a dezasseis (16) utentes, uma vez que inicialmente era constituída por vinte e seis (26) utentes/doentes.

Assim, dos 26 casos clínicos iniciais, foram eliminados 10 utentes/doentes devido aos critérios de inclusão/exclusão: 1 dos casos clínicos foi por falta de colaboração utente/doente na 1ª observação, ou seja, no momento da *Admissão*, sendo o tempo ultrapassado para a administração do protocolo de avaliação; 3 dos casos clínicos por terem abandonado o internamento antes do plano de intervenção, não tendo sido aplicada a 2ª bateria de testes, denominado por “abandono”; 6 casos clínicos por estarem ainda em internamento.

Assim, os 16 utentes/doentes participantes deste estudo apresentam quanto à variável *Idade*, idades compreendidas entre 30 e 58 anos, sendo predominantemente adultos ($M=42,56$; $DP=8,26$). Quanto à variável *Género*, nove são do género feminino e sete do género masculino. Representam uma amostra assimétrica face ao Género, na medida em que se verificou um número superior de participantes do género feminino; no entanto, é de realçar que a diferença de participantes quanto ao Género não é significativa. Quanto à variável *Estado Civil*, a maioria dos participantes (9) é casada ou vive em união de facto. No que respeita à variável *Habilitações Literárias* da amostra, constata-se que uma grande parte detém a quarta classe (7), denotando-se assim, que a amostra possui um baixo nível de escolaridade. Relativamente à variável *Tempo de Internamento* da amostra, medida em dias, é de referir que este oscila entre 38 e 441 dias ($M=193,44$; $DP=123,58$), observando-se uma discrepância preponderante quanto tempo de internamento.

Nos Quadros 1 e 2 são apresentadas as características gerais Sócio-Demográficas dos participantes da amostra.

Quadro 1 – Características Sócio-Demográficas dos participantes (N=16): Idade e Tempo de Internamento

Características Sócio-Demográficas	Medidas			
	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade (Anos)	30	58	42,56	8,26
Tempo de Internamento (Dias)	38	441	193,44	123,58

Quadro 2 – Características Sócio-Demográficas dos participantes (N=16) – Género, Estado Civil e Habilitações Literárias

Características Sócio-Demográficas	Medidas	
	n	%
Género		
Homem	7	43,8
Mulher	9	56,3
Estado Civil		
Solteiro	2	12,5
Casado/União de facto	9	56,3
Divorciado/separado	4	25,0
Viúvo	1	6,3
Habilitações Literárias		
4ª Classe	7	43,8
9ª Ano	2	12,5
12ª Ano	4	25,0
Bacharelato	1	6,3

2.2 Material

De modo a recolher a informação necessária para obter as informações para a realização do presente estudo, obteve-se a Autorização por parte da supervisora de estágio no Hospital de Dia do Hospital de Magalhães Lemos (cf. Anexo A), e o Consentimento Informado dos participantes (cf. Anexo B). Recorreu-se ao protocolo de auto-preenchimento utilizado na Unidade de Hospital de Dia do Serviço de Meios Complementares de Diagnóstico e na Consulta Externa do Serviço do Porto do Hospital de Magalhães Lemos, o qual, se constitui, como anteriormente referido, pelos seguintes instrumentos: *Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised (SCL-90-R)*, *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)* e *Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)*.

Estes três instrumentos fornecem informações sobre uma ampla variedade de queixas típicas de sujeitos com *Sintomatologia Psiquiátrica*, como também permitem a recolha de alguns dados sócio-demográficos, solicitados no cabeçalho de cada instrumento, nomeadamente os dados necessários para a caracterização da amostra, tal como foi possível comprovar anteriormente. Torna-se importante salientar que este protocolo de

instrumentos foi seleccionado sobretudo em função do objectivo geral e dos objectivos específicos do presente estudo, permitindo assim, obter os dados necessários para responder aos mesmos. É de salientar que este protocolo foi também escolhido em função de estarem aferidos à população portuguesa. O facto do protocolo descrito ser de auto-preenchimento, de serem os instrumentos de fácil e rápida aplicação, foi também um factor preponderante à sua selecção.

2.2.1 Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised (SCL-90-R)

A escala *Hopkins Symptom Distress Check List 90* (SCL-90), Derogatis (1994), é um instrumento multidimensional de auto-avaliação de sintomas, projectado para avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos.

A SCL-90-R tem sido utilizada por psicólogos clínicos e psiquiatras em saúde mental, em ambientes médicos e educacionais, e para propósitos de pesquisa. Ela pode ser usada ainda, como um instrumento de avaliação de nível clínico, isto é, o grau de intensidade do sintoma e sua dimensão, repetidamente, para documentar altas formais, tendência de resposta ou avaliação pré e pós terapêutica (Derogatis & Lazaros, 1994).

A SCL-90-R surgiu através da escala HSCL que foi idealizada como um instrumento de pesquisa, se bem que nunca foram construídas normas para o respondente individual.

A HSCL foi criada para avaliar 5 dimensões psicopatológicas, apresentando 45 itens. As pesquisas conduzidas por Derogatis, Lipman, Covi e Rickels (1971; 1972) sugeriram que o contínuo dos distúrbios psicológicos era superior a 5 dimensões, levando-os a desenvolver o protótipo SCL-90.

Assim, a SCL-90-R foi projectada para reflectir o nível de sintomas psicopatológicos de pacientes psiquiátricos, pacientes clínicos e indivíduos da comunidade em geral.

As características desta escala constituem medidas dos níveis de sintomas psicopatológicos actuais e não se trata de uma medida de personalidade.

Esta escala é constituída por noventa itens. O uso da mesma é extremamente simples, sendo pedido ao sujeito que indique em que medida tem sofrido de determinadas queixas, representadas por cada um dos itens, durante um intervalo de tempo especificado. O grau de *stress* sentido pelo sujeito abrange os níveis: “nunca”, “pouco”, “moderadamente”, “bastante” e “muitíssimo”.

A pontuação em qualquer dos 90 itens pode ter uma amplitude de “nunca” (0) e “muitíssimo” (4). A SCL-90 oferece-se como método quantitativo de determinação dos problemas do sujeito. Fornece uma abordagem valiosa do vivenciar psicológico do sujeito. A SCL-90, para além dos três índices globais de *stress* psicológico sintomático (GSI, PST e PSDL), é ainda constituída por nove dimensões/ sub-escalas, as quais são constituídas por diversos itens cada uma:

- Somatização – reflecte distúrbios que aparecem da percepção da disfunção corporal. As queixas localizam-se nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório e outros que tenham uma forte mediação autonómica. Dores e desconforto da musculatura grossa e outros equivalentes somáticos da ansiedade são também componentes da somatização;
- Obsessividade Compulsividade – esta medida focaliza-se em pensamentos, impulsos e acções que são experienciados como renitentes (repetitivos) e irresistíveis sendo estes de natureza indesejável. Comportamentos e experiências de carácter cognitivo que indiquem dificuldades nessa área estão também aqui incluídos (eg., dificuldades de concentração);
- Sensibilidade Interpessoal – está focalizada em sentimentos de inadequação, inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas. Auto depreciação, falta de auto confiança, desconforto grande durante interacções interpessoais são as manifestações características desta medida. Adicionalmente, indivíduos com alta pontuação em sensibilidade interpessoal relatam grande consciência aguda e expectativas negativas sobre comportamentos e percepções interpessoais de outros e de si mesmo;

- Depressão – reflecte manifestações clínicas da depressão. Sintomas de distúrbio de humor e afectivo são representados como sinais de retraimento, de baixo interesse pela vida, falta de motivação e falta de energia vital. Além disso, sentimentos de derrota, pensamentos suicidas e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão estão incluídos nesta sub-escalas;
- Ansiedade – inclui sinais gerais de ansiedade tais como nervosismo, tensão, tremor que estão incluídos na definição desta sub-escalas, assim como ataques de pânico, sentimentos de terror, de apreensão e de medo. Alguns correlatos somáticos da ansiedade estão também incluídos como componente desta dimensão;
- Agressividade/Hostilidade – inclui pensamentos, sentimentos ou acções que são características da afectividade negativa do estado de raiva. A selecção dos itens desta sub-escalas, inclui todos os 3 modos de expressão e reflecte qualidades como agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento;
- Fobia – é definida como uma resposta persistente de medo dirigida a uma pessoa específica, lugar, objecto ou situação, que é irracional e desproporcional ao estímulo e leva a comportamentos de fuga e esquiva. Os itens dessa dimensão estão focalizados nas manifestações de comportamentos fóbicos mais disruptivos e patogénicos;
- Ideação Paranóide – é representada fundamentalmente por comportamentos paranóides como um modo desordenado de pensamento. As características cardinais do pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, centralidade, medo de perder autonomia, e desilusão são considerados os sinais primários desta dimensão; e, por último, a sub-escalas;
- Psicoticismo – é designada para representar o construto como uma dimensão contínua da experiência humana. É constituída por itens indicativos de retraimento (afastamento), isolamento e estilo de vida esquizóide. São incluídos como sendo a primeira medida de sintomas de esquizofrenia, tais como alucinações e pensamentos controlados por delírios. A dimensão psicoticismo provém de um contínuo graduado de uma suave alienação interpessoal para uma dramática psicose (Derogatis, 1994).

Existem ainda, 7 itens adicionais na SCL-90 que não fazem parte de nenhuma das nove dimensões. Estes itens foram incluídos porque possuem significância clínica; eles contribuem para o resultado global da escala e são utilizados na avaliação final.

A SCL-90 é pontuada e interpretada em termos destas nove dimensões/sub-escalas em sintomas psicológicos e em três índices globais de distúrbios, como foi referido anteriormente.

Os índices globais são denominados de: Índice Global de Severidade (IGS); Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) e Total de Sintomas Positivos (TSP).

Para o cálculo dos resultados da escala pode-se usar a forma manual ou a computadorizada, através da *National Computer Systems* (NCS). O cálculo é efectuado através da soma dos pontos, somando-se os valores de 0 (zero) a 4 (quatro) para os itens tanto de cada sub-escala, como para toda a escala de 90 itens, totalizando uma escala de valores de $0 \times 90 = 0$ a $4 \times 90 = 360$ pontos, conforme o Protocolo de resposta da *Hopkins Symptom Distress Check List 90 – Revised* (cf. Anexo C).

2.2.2 Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE), instrumento de auto-avaliação em que o sujeito se observa a si próprio e não como é visto por estranhos, isto é, como se sente (teste de traço), surgiu em 1994 com a autoria de Adriano Vaz Serra. É denominado de inventário porque permite obter mais do que uma pontuação global, com interesse clínico. Pode também dizer-se que é uma escala do tipo *Likert* para medir a intensidade de um quadro clínico depressivo, que o qual ao mesmo tempo facilita avaliação qualitativa e quantitativa.

De um modo geral, a depressão é definida como uma perturbação dos afectos. Mas há que ter em conta que esta não resulta apenas de perturbações afectivas, pois pode também ser consequência de respostas do organismo a perturbações somáticas (Vaz Serra, 1994).

Deste modo, surgem várias tipologias de depressão: reactiva, exógena ou endógena, tendo cada uma delas, uma sintomatologia característica.

Sendo a depressão um quadro muito comum actualmente, é essencial possuir instrumentos que permitam a sua identificação e a avaliação da sua gravidade. Esta ganha relevância quando se considera que a gravidade da depressão está directamente relacionada com o grau e a incapacidade que o sujeito experimenta na sua vida quotidiana (vida familiar, ambiente social e actividade profissional).

Este instrumento de auto-avaliação é constituído por 23 questões referentes a quatro tipos distintos de perturbações: *biológicas*, *cognitivas*, *interpessoais* e de *desempenho da tarefa*. As perturbações biológicas dizem respeito à relação que o indivíduo estabelece com o corpo, as cognitivas à relação consigo próprio como pessoa, as interpessoais às relações com os outros e, por fim, as de desempenho da tarefa à relação com o trabalho.

O IACLIDE prima por abordar algumas questões que embora sejam comuns nos quadros depressivos, não são tratadas por outras escalas: o *sentimento de dependência*; o *débito excessivo e recorrente de queixas*; os *défices de memória a curto prazo*; as *dificuldades de concentração* e, a *perda da alegria de viver* (uma das consequências da anedonia).

As questões do Inventário avaliam os sintomas quer quanto à sua duração, quer quanto à sua gravidade. A dimensão *duração* significa que o sintoma apontado não corresponde a uma disposição do momento, mas a um estado mais ou menos permanente. Cada um dos sintomas foi subdividido em cinco questões, que traduzem uma gravidade crescente e têm implícita a possibilidade de uma única escolha: a primeira corresponde um valor mínimo de 0 (zero) que significa a inexistência de qualquer perturbação e a última, um valor de 4, que traduz a perturbação máxima, não existindo itens que possam ter valores sobreponíveis. Assim, os totais possíveis são: mínimo de $23 \times 0 = 0$ e máximo de $23 \times 4 = 92$ pontos.

No que diz respeito ao tempo para a realização do instrumento, pode ir de 10 a 45 minutos. Contudo, a maioria dos indivíduos responde entre 10 a 20 minutos (Vaz Serra, 1994).

De um modo geral, o IACLIDE revelou-se um bom diferenciador entre “normais” e “deprimidos” (conforme o protocolo de respostas do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão) (cf. Anexo D).

2.2.3 Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)

O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) que surgiu em 1985, com a autoria de Adriano Vaz Serra, tem como objectivo registar dados significativos relacionados com o “auto-conceito social e emocional”.

O ICAC avalia aspectos centrais do desenvolvimento da pessoa, tais como o nível de bem-estar do sujeito, a sua motivação para agir e mesmo a orientação da acção nos vários domínios da sua existência (Fontaine, Campos & Musitu, 1992).

Foi desenvolvido o ICAC com o objectivo de medir os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito.

Assim, o auto-conceito engloba a identidade do indivíduo, permitindo compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo e, também, esclarece a forma como uma pessoa interage a nível social e como lida com as suas necessidades e motivações (Vaz Serra, 1995).

Deste modo, o Auto-Conceito deve ser considerado uma medida de traço de personalidade e, por conseguinte, uma dimensão estável.

Quanto à denominação “Inventário”, deve-se pelo facto de para além de uma nota global, permitir extrair vários índices que trazem consigo igualmente informação sobre a pessoa. Quanto à denominação “Clínica” é porque o objectivo inicial foi criar um

instrumento com utilidade para a prática clínica. Por último, a denominação “Auto-Conceito” é porque, fundamentalmente, procura registar as percepções que a pessoa tem de si própria.

O ICAC é uma escala subjectiva de auto-avaliação, composta por 20 itens/questões com cinco possibilidades de resposta cada, que variam de “Não Concordo” a “Concordo MUITÍSSIMO”.

Cada questão pode ser classificada numa escala de tipo *Likert* de 1 a 5 valores, algumas dispostas numa ordem directa e outras numa ordem inversa. Nas questões negativas as pontuações são invertidas. O valor global pode oscilar de um mínimo (1 x 20 =) 20 a um máximo de (5 x 20 =) 100. Quanto mais alta é a pontuação obtida, melhor é o auto-conceito da pessoa.

De modo geral a escala está concebida de forma a que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita obtendo-se, no final, a soma total dos itens. Nas questões elaboradas de forma negativa, as pontuações são invertidas, conforme já foi referido, de forma a que uma pontuação mais alta exprima sempre um melhor auto-conceito.

Quanto às variáveis, denominadas por *factores* as mesmas transmitem a informação presente nos 20 itens. O Inventário é constituído por seis factores. Quatro dos seis factores encontram-se bem definidos, enquanto os outros dois, os últimos, apresentam um item isolado de peso alto, seguido de outros itens, de menor peso, já representados noutros factores. Desta forma, o factor 5 e 6 são factores mistos. Assim, o factor 1 é considerado como um factor de aceitação ou de agrado social e denominado “*aceitação/rejeição social*”, sendo composto pelos itens 1, 4, 9, 16, 17; o factor 2 é formado por seis itens/questões que realçam aspectos de enfrentamento e resolução problemas e dificuldades, sendo considerado um factor de *auto-eficácia*, e é composto pelos itens 3, 5, 8, 11, 18, 20; o factor 3 é denominado de factor de *maturidade psicológica*, sendo constituído pelos itens 2, 6, 7, 13; o factor 4 é mais difícil caracterizar, sendo designado por “*impulsividade-actividade*”, e é constituído pelos itens 10, 15, 19; e, por último, tem-se os outros dois itens de carácter misto, o que fez com que não lhes fosse atribuída nenhuma

designação (Vaz Serra, 1986). (conforme o protocolo de respostas do Inventário Clínico de Auto-Conceito) (cf. Anexo E).

Neste sentido, sendo o auto-conceito um fenómeno íntimo e pessoal, esta escala é necessariamente, de auto-avaliação e não de avaliação por observador.

2.2.4 Processos Clínicos

Através da anamnese, da avaliação psiquiátrica, e da história de vida do utente/doente (realizados no enquadramento da recolha de clínica de base psiquiátrica feita em consulta de triagem) é elaborado um diagnóstico psiquiátrico sob a responsabilidade dos médicos/psiquiatras do Serviço do HD do Hospital de Magalhães Lemos e com acompanhamento sistemático do enfermeiro do próprio serviço.

Esta entrevista semi-estruturada é uma técnica de recolha de dados utilizada regularmente no HD por forma a obter um maior e melhor nível de sensibilidade e de análise na compreensão das experiências vividas e subjectivas do sujeito, domínios a que o investigador dificilmente tem acesso ou que este é muito reduzido e, por consequência, limitativo (Fernandes, 2001; Fernandes & Maia, 2001; Reuchlin, 1986).

Para elaboração deste diagnóstico a psiquiatra recorre tanto ao Manual Psiquiátrico da *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Directrizes Diagnósticas* (CID 10, 1993), como ao Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (*American Psychiatric Association* [APA], 2002), em conformidade com os sintomas apresentados pelo utente/doente, recolhidos durante a entrevista.

Este diagnóstico – após sua elaboração – é assinado pelo psiquiatra, constituindo assim a parte inicial do dossier do utente/doente a ser internado, sendo o respectivo diagnóstico arquivado em ficheiro próprio individual para futuras consultas, quer psiquiátricas por parte da médica psiquiátrica, quer psicológicas por parte do psicólogo clínico e seus estagiários.

Este diagnóstico também pode ser procedente de serviços prévios existentes no hospital geral, os quais, neste caso, são sempre confirmados pela médica psiquiátrica do HD.

A elaboração destes diagnósticos é efectuada tanto no momento da *Admissão* do utente/doente, como no momento da *Alta*.

2.3 Procedimentos

Após a autorização obtida por parte da supervisora de estágio no Hospital de Dia do Hospital de Magalhães Lemos (cf. Anexo A), iniciou-se a investigação apresentando inicialmente aos utentes/doentes as instruções a respeito do projecto de investigação onde se afirmava tratar-se de um estudo exploratório de sintomas e onde igualmente se solicitava o preenchimento dos três instrumentos, nos quais se incluía os dados sócio-demográficos dos participantes. Garantiu-se também que os dados recolhidos fossem anónimos e confidenciais e, por fim, solicitou-se aos participantes a leitura do Consentimento Informado e a sua devida anuência (cf. Anexo B).

Solicitou-se assim, e por escrito a cada participante, a sua colaboração voluntária, através do Consentimento Informado, como previsto pelos Códigos de Ética e pela Declaração de Helsínquia, garantindo-se, assim, a confidencialidade dos dados recolhidos e a sua utilização somente para fins deste estudo empírico.

Neste sentido, foram administradas os três instrumentos sobre os quais os participantes tiveram de assinalar a sua opinião, tendo em atenção a sua própria percepção acerca das afirmações contidas em cada questão dos referidos instrumentos.

A informação acerca do Diagnóstico dos utentes/doentes em internamento parcial foi obtida pela investigadora através da consulta aos diagnósticos contidos nos ficheiros individuais próprios dos processos médico-psiquiátricos. Posteriormente, foram listados os diagnósticos dos respectivos utentes/doentes da amostra que ver-se-á nos resultados. Salienta-se que as patologias dos 16 sujeitos da amostra do presente estudo, quer no

momento da *Admissão* quer no momento da *Alta*, foram diversos (cf. Anexo F para a lista de diagnósticos dos 16 sujeitos).

A recolha de dados foi feita pela própria investigadora durante o período em que os participantes se encontravam em internamento parcial em Hospital de Dia, uma vez que os três instrumentos são de auto-preenchimento. Salienta-se que os dados foram recolhidos, nos momentos da *Admissão* e da *Alta*, em alguns participantes pela supervisora do local de estágio curricular, enquanto que a presente investigadora assumia um papel de observadora desta recolha; porém, após assumir um papel mais activo num período final de estágio, a investigadora recolheu ela própria os dados.

Perante estas condições, a investigadora teve o cuidado e a possibilidade de administrar os instrumentos individualmente, o que permitiu o acompanhamento permanente da investigadora durante a recolha de dados, assim como a observação dos comportamentos e atitudes adoptados pelos participantes durante as sessões de recolha, permitindo recolher toda a informação relevante e assumindo como compromisso a empatia quando tentava compreender o utente/doente, mostrando-se ser uma boa ouvinte (Teixeira & Trindade, 2007).

No início da recolha de dados, a investigadora facultou todas as instruções necessárias aos participantes (cf. Anexos B, C, D e E). Estava a investigadora pronta a esclarecer as possíveis dúvidas que porventura tivessem ocorrido, se bem que nenhuma de facto ocorreu. É pertinente referir ainda, que a investigadora tomou o cuidado para que todas as instruções fossem bem perceptíveis e claras para todos os utentes/doentes.

A administração decorreu numa sala com pouca luz natural, tendo a investigadora sempre o cuidado de recorrer à luz artificial, de modo a criar as melhores condições para a recolha de dados, evitando assim, possíveis entraves e incómodos por parte dos participantes relativamente à leitura das questões.

Esta recolha de dados foi efectuada faseadamente, ou seja, à medida que os participantes eram *Admitidos* em internamento parcial, assim como à medida em que lhes

era facultada a *Alta*. A administração dos três instrumentos demorou em média aproximadamente quarenta minutos por participante, sendo que se observou que alguns tiveram mais dificuldades na compreensão das afirmações, necessitando assim de mais tempo para o preenchimento dos instrumentos, comparativamente a outros participantes.

É de realçar que todos os dados recolhidos foram confidenciais e, por consequência, para garantir este facto, foram tratados apenas pela investigadora, tendo ficado os instrumentos sob a sua responsabilidade.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Pretende-se com o presente estudo dar um contributo quanto à análise dos efeitos das intervenções de ordem psiquiátricas e psicoterapêuticas, tais como: fármacos, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia ocupacional, entre outras, sobre a *Sintomatologia Psiquiátrica* dos utentes/doentes internados em Hospital de Dia no momento da *Admissão* e no momento da *Alta* (estudo comparativo do tipo *antes vs. depois* para a verificação e comparação da sintomatologia), apreciados com o protocolo de instrumentos de auto-preenchimento, constituído pelos instrumentos: *Hopkins Symptom Distress Checklist 90-Revised* (SCL-90-R), *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (IACLIDE) e *Inventário Clínico de Auto-Conceito* (ICAC).

O método seleccionado para o efeito designa-se de método *quasi-experimental* do tipo *design before-after without control group*. Neste sentido, através da análise experimental que é um método que procura analisar dados obtidos entre os momentos *antes* e *depois*, respectivamente os momentos de *Admissão* e *Alta* (Almeida & Freire, 1997), testou-se a variável independente.

Os objectivos do presente estudo, tal como a escolha dos instrumentos, a eleição da metodologia da investigação utilizada e as respectivas técnicas de recolha de dados, abrangem técnicas de análise qualitativa para os diagnósticos psiquiátricos, e técnicas de análise quantitativa para o tratamento de dados advindos dos três instrumentos administrados, recorrendo-se a um programa informático designado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, para *Windows*, versão 16.0), através do qual se executou uma análise estatística descritiva e inferencial das variáveis em estudo (Martins, 2002; Pereira, 2004).

Desta forma, realizada a análise estatística descritiva, procedeu-se à análise de dados inferencial.

3.1 Tratamento dos Dados

Assim, a presente investigadora, utilizou técnicas de análise quantitativa para o tratamento de dados, recorrendo-se ao programa informático (SPSS, para *Windows*, versão 16.0) possibilitando efectivar uma análise estatística descritiva de modo a caracterizar a

amostra da presente investigação, e uma análise inferencial para testagem das hipóteses (Martins, 2002; Pereira, 2004).

Para tal, e após o tratamento de dados, a investigadora procedeu à recolha dos mesmos através dos resultados obtidos nos três instrumentos de avaliação.

Após a recolha de dados, os instrumentos de avaliação foram cotados conforme a indicação do autor Adriano Vaz Serra no que respeita aos instrumentos IACLIDE e ICAC e, de acordo com o adaptador da versão portuguesa do SCL-90-R. Assim sendo, a organização da informação obtida na recolha de dados através dos instrumentos acima descritos consistiu em codificar as questões fechadas de acordo com a categorização das variáveis, como também, na categorização do conteúdo das questões abertas e na subsequente quantificação. Os instrumentos foram assim cotados conforme a indicação dos autores e adaptadores dos três instrumentos em causa. Neste âmbito, introduziu-se no *SPSS* as variáveis em estudo, a citar: a *idade*, o *género*, o *estado civil*, as *habilitações literárias*, o *diagnóstico psiquiátrico* e o *tempo de internamento*, com o intuito de realizar as análises estatísticas quantitativas quer descritiva quer inferencial. É de lembrar novamente que os resultados obtidos nesta análise são a nível exploratório, uma vez que se desconhece a existência de investigações com propósitos semelhantes, assim como se observa que no âmbito do local de estágio também nunca foram realizadas investigações semelhantes.

Salienta-se que os resultados são apresentados, a nível descritivo em termos de distribuição de frequências e, a nível inferencial pela comparação entre as duas avaliações da mesma amostra, obtidos através dos testes estatísticos: o paramétrico *t* de *Student* (em montagem RBD – pois trata-se de dois blocos de dados, o *antes* e o *depois*) e o não-paramétrico *t* de *Wilcoxon*, para amostras dependentes (na verdade trata-se aqui também da mesma amostra avaliada duas vezes: *antes* e *depois*). É de ressaltar que estes dois testes permitem chegar a conclusões semelhantes; no entanto, a utilização de ambos os testes se deve à pretensão que esta investigadora tem em corroborar/ratificar os resultados obtidos, com o intuito de obter confirmação dos mesmos, tendo em vista o tamanho relativamente pequeno da amostra.

Concluído os procedimentos estatísticos descritivo e inferencial acima citados, obteve-se os resultados do presente estudo sendo estes apresentados no ponto 3.2 que se segue.

3.2 Análise dos Resultados

A análise dos resultados foi realizada a nível quantitativo – a qual permitiu tanto uma análise descritiva dos valores obtidos nas três variáveis (os *Sintomas Psicopatológicos*, a *Depressão* e o *Auto-Conceito*), como uma análise inferencial da significância das diferenças entre as medidas *antes* e *depois*, para cada uma destas variáveis as três através dos respectivos instrumentos (SCL-90, IACLIDE e ICAC) –, assim como a nível qualitativo obtendo-se, deste modo, os resultados pretendidos.

3.2.1 Análise Quantitativa

A análise quantitativa elaborada na presente dissertação é realizada, como se propôs, quer a nível descritivo quer a nível inferencial. A análise descritiva é elaborada através das médias (*M*) e desvios-padrão (*DP*) dos dados obtidos dos 16 sujeitos nos três instrumentos de avaliação utilizados.

3.2.1.1 Análise Descritiva dos Resultados

Através das técnicas utilizadas e das variáveis em estudo, obteve-se a análise descritiva dos resultados para ambos os géneros nos momentos da *Admissão* e da *Alta*.

Para chegar aos valores apresentados nos Quadros 3 e 4, procedeu-se ao cálculo, através do *SPSS*, da soma de todos os itens respondidos por cada um dos 16 participantes e, posteriormente, ao cálculo da soma dos itens que correspondem a cada uma das três variáveis, considerando-se os itens invertidos.

- Análise descritiva da Admissão

Quanto aos valores obtidos relativamente ao momento da *Admissão* para as três variáveis, estes estão apresentados no Quadro3.

Quadro 3 – Análise descritiva geral dos resultados obtidos através das três variáveis para a amostra geral e para ambos os géneros no momento da *Admissão*

Variáveis	Geral (n=16) M (DP)	Homem (n=7) M (DP)	Mulher (n=9) M (DP)
<i>Sintomas Psicopatológicos</i>	217,75 (60,90)	194,14 (61,93)	263,11 (56,67)
SCL90			
Depressão	56,56 (17,05)	53,57 (21,85)	58,89 (13, 16)
IACLIDE			
Auto-Conceito	60,06 (10,88)	68,71 (8,64)	53,33 (7,04)
ICAC			

Observação: observe-se que a escala de valores do SCL-90 vai de 0 a 360 valores; a escala do IACLIDE vai de 0 a 92 valores; e a escala do ICAC vai de 20 a 100

Verifica-se que para o total da amostra no que respeita aos *Sintomas Psicopatológicos*, os valores estão um pouco acima da média (217,75 / 360), sendo que para os homens estão praticamente na média (194,14) mas para as mulheres estão bem acima da média (263,11), o que denota que a média geral da amostra está acima da média da escala devido às mulheres e não devido aos homens.

Verifica-se que para o total da amostra no que respeita à *Depressão*, os valores estão acima da média (56,56 / 92) tal como também nos homens (53,57) e nas mulheres (58,89), denotando-se uma ligeira subida da média geral devido à média um pouco mais elevada das mulheres. Parece que as mulheres apresentam em geral um maior índice de *Depressão*.

Verifica-se que para o total da amostra no que respeita ao *Auto-Conceito* que os valores estão na média (60,06 na escala 20-100) sendo que para os homens (68,71) estes encontram-se acima da média, significando um *Auto-Conceito* superior, enquanto que para as mulheres estes encontram-se abaixo da média (53,33), significando um *Auto-Conceito* inferior. A média geral da amostra que está no ponto central da escala é falaciosa, pois os valores dos dois grupos compensam-se.

Assim, na Admissão tem-se em resumo que os *Sintomas Psicopatológicos* e a *Depressão* são mais proeminentes nas mulheres, enquanto que relativamente ao *Auto-Conceito*, este é maior nos homens.

- *Análise descritiva da Alta*

Quanto aos valores obtidos relativamente ao momento da *Alta*, estes estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Análise descritiva geral dos resultados obtidos através das três variáveis para a amostra geral e para *ambos os géneros* no momento da *Alta*

Variáveis	Geral (n=16) M (DP)	Homem (n=7) M (DP)	Mulher (n=9) M (DP)
<i>Sintomas Psicopatológicos SCL90</i>	178,38 (77,08)	154,86 (71,99)	196,67 (79,96)
<i>Depressão IACLIDE</i>	40,06 (21,61)	33,71 (17,43)	45,00 (24,18)
<i>Auto-Conceito ICAC</i>	62,75 (8,32)	65,57 (9,74)	60,56 (6,80)

Verifica-se que para o total da amostra no que respeita aos *Sintomas Psicopatológicos*, os valores estão na média (178,38 / 360), sendo que para os homens estão abaixo da média (154,86) mas para as mulheres estão acima da média (196,67), o que denota que a média geral da amostra que está no ponto central da escala é falaciosa, pois os valores dos dois grupos compensam-se.

Observa-se que para o total da amostra no que respeita à *Depressão*, os valores estão ligeiramente abaixo da média (40,06 / 92), sendo que nos homens estão muito mais abaixo da média (33,71) e nas mulheres estão praticamente na média (45,00), denotando-se em especial que são os homens que “puxam” a média geral para baixo.

Constata-se que para o total da amostra no que respeita ao *Auto-Conceito*, os valores estão ligeiramente acima da média (62,75 na escala 20-100) sendo que para os homens (65,57) estes encontram-se acima da média, significando um melhor *Auto-Conceito*, enquanto que para as mulheres (60,56) estes encontram-se apenas na média.

Assim, na *Alta* tem-se em resumo que os *Sintomas Psicopatológicos* são proeminentes nas mulheres, enquanto que a *Depressão* é inferior à média para todos os sujeitos,

mormente nos homens; relativamente ao *Auto-Conceito*, este está acima da média em todos os sujeitos, mormente nos homens.

- Análise descritiva comparativa entre a Admissão e a Alta

Quanto à comparação entre o momento da *Admissão vs. Alta* na amostra geral dos 16 sujeitos, no que concerne aos *Sintomas Psicopatológicos* e à *Depressão*, verifica-se uma diminuição acentuada, sendo que os valores da *Alta* tornaram-se até abaixo das médias das respectivas escalas; no que concerne ao *Auto-Conceito*, um ligeiro aumento.

Quanto à comparação entre o momento da *Admissão vs. Alta* no género masculino, no que concerne aos *Sintomas Psicopatológicos* e à *Depressão*, verifica-se também uma diminuição acentuada, sendo que os valores da *Alta* tornaram-se bem mais abaixo das médias das respectivas escalas; no que concerne ao *Auto-Conceito*, verifica-se até uma certa diminuição, se bem, que se mantêm acima da média da escala.

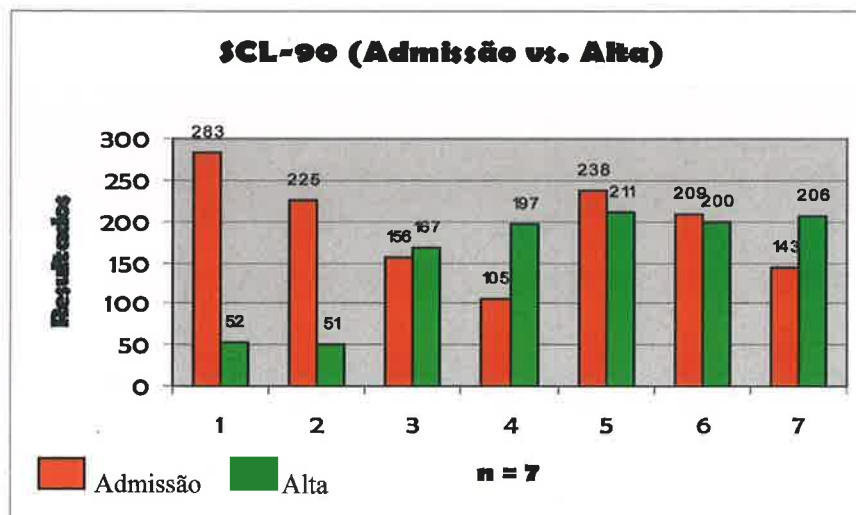
Quanto à comparação entre o momento da *Admissão vs. Alta* no género feminino, no que concerne aos *Sintomas Psicopatológicos* e à *Depressão*, verifica-se uma diminuição acentuada, sendo que os valores da *Alta* ainda não atingiram a média da escala preconizada pela mesma, e ligeiramente abaixo da média para a *Depressão*; no que concerne ao *Auto-Conceito*, verificou-se um aumento, atingindo a média proposta por este instrumento.

- Análise descritiva gráfica da Admissão vs. Alta para ambos os géneros

Estas análises comparativas entre o *antes vs. depois* apresentam todos os casos referentes aos utentes/doentes.

Para os dados do género *masculino* na variável *Sintomas Psicopatológicos* (SCL-90), observa-se na Figura 1.

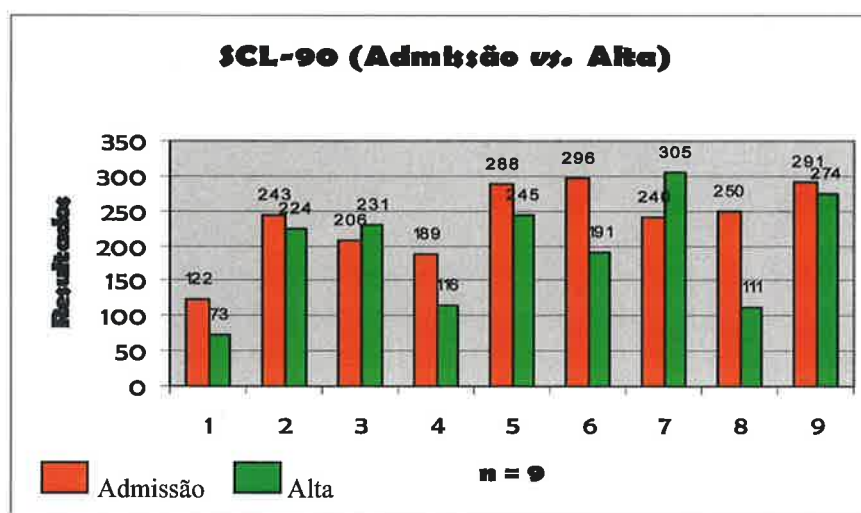
Figura 1 – Histograma de barras dos dados do género *masculino* quanto aos *Sintomas Psicopatológicos* (SCL-90): comparação individual entre a *Admissão vs. Alta*



Como se pode observar na Figura 1 há 4 dos 7 sujeitos masculinos que baixaram os *Sintomas Psicopatológicos*, sendo que 2 deles de modo muito significativo. Isto corrobora a análise similar anterior para esta mesma variável realizada para o conjunto dos 7 sujeitos onde houve decréscimo significativo da média observada.

Para os dados do género *feminino* na variável *Sintomas Psicopatológicos* (SCL-90), observa-se na Figura 2.

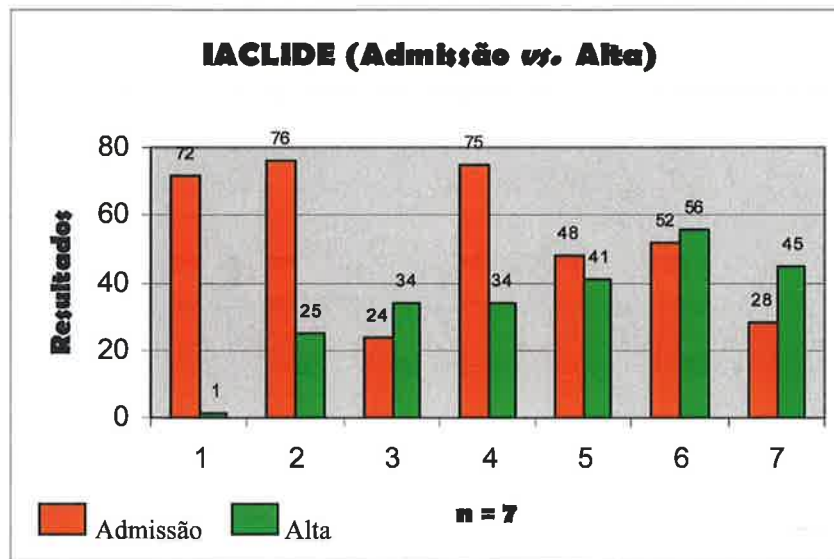
Figura 2 – Histograma de barras dos dados do género *feminino* quanto aos *Sintomas Psicopatológicos* (SCL-90): comparação entre a *Admissão vs. Alta*



Como se pode observar na Figura 2 há 7 dos 9 sujeitos femininos que baixaram os *Sintomas Psicopatológicos*, sendo que 4 deles de modo muito significativo. Isto corrobora a análise similar anterior para esta mesma variável realizada para o conjunto dos 9 sujeitos onde houve decréscimo significativo da média observada.

Para os dados do género *masculino* na variável *Depressão* (IACLIDE), observa-se na Figura 3.

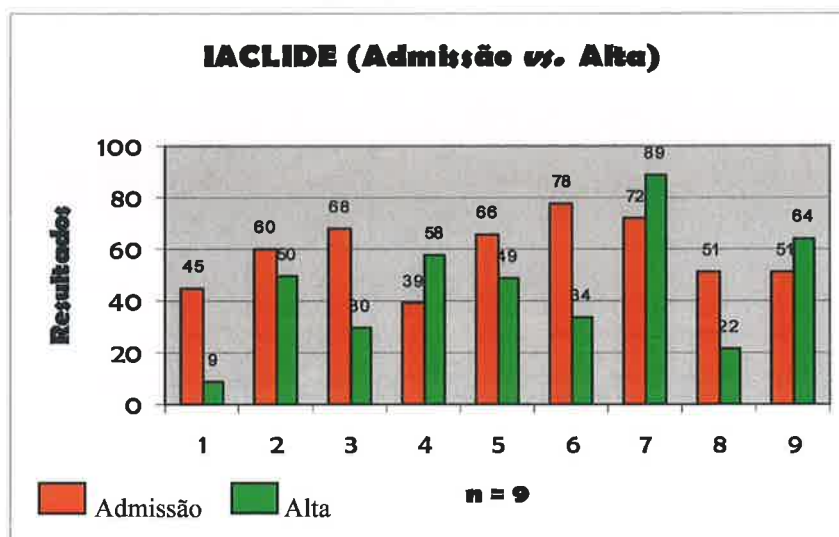
Figura 3 – Histograma de barras dos dados do género *masculino* quanto à *Depressão* (IACLIDE): comparação entre a *Admissão vs. Alta*



Como se pode observar na Figura 3 há 4 dos 7 sujeitos masculinos que diminuíram a *Depressão*, sendo que 3 deles de modo muito significativo. Isto corrobora a análise similar anterior para esta mesma variável realizada para o conjunto dos 7 sujeitos onde houve decréscimo significativo da média observada.

Para os dados do género *feminino* na variável *Depressão* (IACLIDE), observa-se na Figura 4.

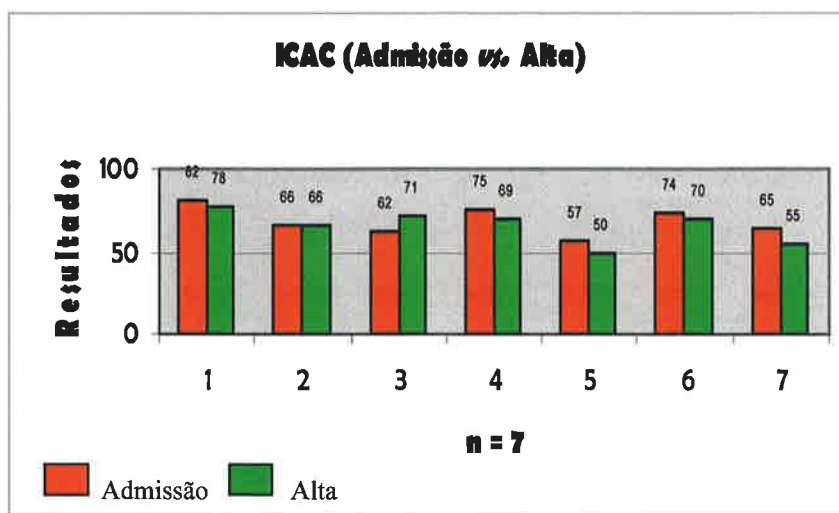
Figura 4 – Histograma de barras dos dados do género *feminino* quanto à *Depressão*
IACLIDE: comparação entre a *Admissão vs. Alta*



Como se pode observar na Figura 4 há 6 dos 9 sujeitos femininos que diminuíram a *Depressão*, sendo que 4 deles de modo muito significativo. Isto corrobora a análise similar anterior para esta mesma variável realizada para o conjunto dos 9 sujeitos onde houve decréscimo significativo da média observada.

Para os dados do género *masculino* na variável *Auto-Conceito* (ICAC), observa-se na Figura 5.

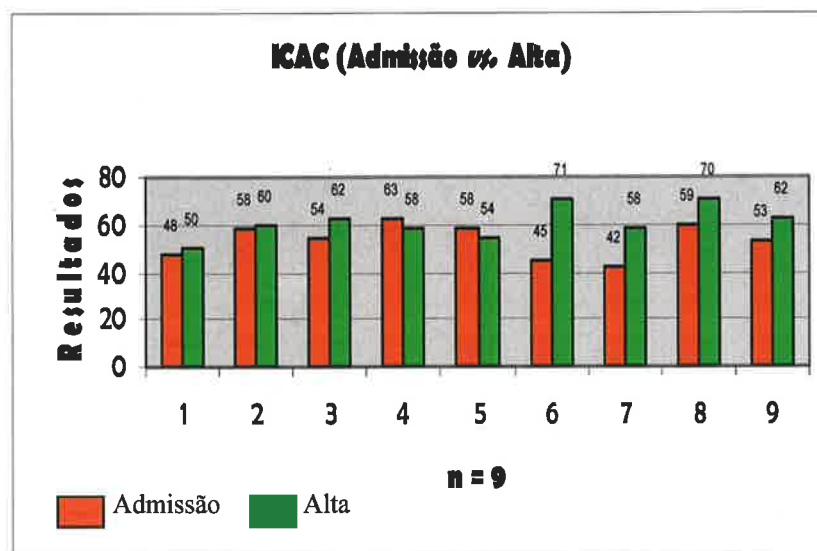
Figura 5 – Histograma de barras dos dados do género *masculino* quanto ao *Auto-Conceito* (ICAC): comparação entre a *Admissão vs. Alta*



Como se pode observar na Figura 5 há somente 2 dos 7 sujeitos masculinos que umentaram o *Auto-Conceito*, sendo que nenhum deles apresenta aumento significativo. Isto corrobora a análise similar anterior para esta mesma variável realizada para o conjunto dos 7 sujeitos onde houve um pequeno decréscimo não significativo da média. Neste caso observa-se que o esperado seria um aumento do *Auto-Conceito*, o que em geral não se verificou nem na análise colectiva (*M*), nem nesta análise individual.

Para os dados do género *feminino* na variável *Auto-Conceito* (ICAC), observa-se na Figura 6.

Figura 6 – Histograma de barras dos dados do género *feminino* quanto ao *Auto-Conceito* (ICAC): comparação entre a *Admissão vs. Alta*



Como se pode observar na Figura 6 há 7 dos 9 sujeitos femininos que umentaram o *Auto-Conceito*, sendo que 2 deles de modo muito significativo. Isto corrobora a análise similar anterior para esta mesma variável realizada para o conjunto dos 9 sujeitos onde houve um aumento significativo da média. É de se notar que nos sujeitos femininos realmente houve um aumento do *Auto-Conceito* o qual no momento da *Admissão* estava baixo e que na *Alta* alcança um valor mais significativo.

3.2.1.2 Análise Inferencial dos Resultados

A Estatística Inferencial é um processo no qual infere-se as características de uma amostra na população o que permite prever, com fraco risco de erro, as características de uma outra amostra extraída da mesma população. A Estatística Inferencial propõe-se a avaliar um parâmetro (por exemplo, em que medida a média de uma amostra representa efectivamente a média da população donde esta amostra foi extraída); avaliar uma relação; prever um valor, e, finalmente, determinar se uma diferença observada entre duas amostras é devida a uma causa sistemática (D'Hainaut, 1990).

Assim, a nível inferencial os resultados são apresentados a partir da comparação entre as duas avaliações da mesma amostra, obtidas através dos testes estatísticos: o paramétrico *t* de *Student* (em montagem RBD – pois trata-se de dois blocos dependentes de dados - *antes* e *depois*) e, o não-paramétrico *t* de *Wilcoxon* (para a estatística *Z*), para amostras dependentes (na verdade trata-se aqui também da mesma amostra avaliada duas vezes: *antes* e *depois*).

Através das duas técnicas estatísticas utilizadas obteve-se resultados gerais para toda a amostra que são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Comparação existente entre os resultados *gerais* (n=16) nos momentos da *Admissão vs. Alta* – resultados para *t* de *Student* e *Z* de *Wilcoxon*.

Variáveis	<i>t</i> de Student (<i>t</i>)	<i>p</i> ($p \leq 0,05$)	<i>t</i> de Wilcoxon (<i>Z</i>)	<i>p</i> ($p \leq 0,05$)
<i>Sintomas Psicopatológicos</i>	1,779	0,096	1,551	0,121
SCL-90				
Depressão	2,319	0,035	1,837	0,066
IACLIDE				
Auto-Conceito	- 1,101	0,288	0,853	0,394
ICAC				

Observação: $0,05 < p < 0,10$ marginalmente significativo

Observa-se que as diferenças entre os momentos da *Admissão vs. Alta* são somente significativas para a variável *Depressão* ($p = 0,035$ para o *t* de *Student* e $p = 0,066$ para *Wilcoxon*), sendo que para a variável *Sintomas Psicopatológicos* aquelas diferenças são apenas marginalmente significativas ($p = 0,096$ para *t* de *Student* e $p = 0,121$ para o

Wilcoxon). Observa-se por fim que para a variável *Auto-Conceito* não houve diferenças significativas nem para o *t* de *Student* nem para o teste *Wilcoxon*.

Através das duas técnicas estatísticas utilizadas obteve-se resultados gerais para toda a amostra que são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 – Comparação existente entre os resultados nos momentos da *Admissão vs. Alta*, em função do *género* – resultados para *t* de *Student* e *Z* de *Wilcoxon*

Variáveis	Homem		Mulher	
	<i>t</i>	<i>p</i> (<i>p</i> ≤ 0,05)	<i>t</i>	<i>p</i> (<i>p</i> ≤ 0,05)
<i>Sintomas Psicopatológicos SCL-90</i>	0,867	0,419	1,888	0,096
<i>Depressão IACLIDE</i>	- 1,536	0,175	1,669	0,134
<i>Auto-Conceito ICAC</i>	1,346	0,227	2,198	0,059

Variáveis	Homem		Mulher	
	<i>Z</i>	<i>p</i> (<i>p</i> ≤ 0,05)	<i>Z</i>	<i>p</i> (<i>p</i> ≤ 0,05)
<i>Sintomas Psicopatológicos SCL-90</i>	0,507	0,612	1,599	0,110
<i>Depressão IACLIDE</i>	1,014	0,310	1,423	0,155
<i>Auto-Conceito ICAC</i>	1,156	0,248	1,838	0,066

Observa-se que as diferenças entre os momentos da *Admissão vs. Alta* são para as *mulheres* somente significativas para a variável *Auto-Conceito* (*p* = 0,059 para o *t* de *Student* e *p* = 0,066 para *Wilcoxon*), sendo que para a variável *Sintomas Psicopatológicos* aquelas diferenças são apenas marginalmente significativas (*p* = 0,096 para *t* de *Student* e *p* = 0,110 para o *Wilcoxon*). Observa-se por fim que para a variável *Depressão* não houve diferenças significativas nem para o *t* de *Student* nem para o teste *Wilcoxon*.

Nos *homens* não houve diferenças significativas para nenhuma destas variáveis, nem para o *t* de *Student* nem para o teste *Wilcoxon*, observando-se ainda que para a variável *Auto-Conceito* houve até uma pequena diminuição, se bem que não significativa.

3.2.2 Análise Qualitativa

Torna-se ainda pertinente apresentar uma análise semi-qualitativa dos casos clínicos em estudo, estando esta análise baseada e fundamentada nos diagnósticos psiquiátricos obtidos através dos processos médicos-psiquiátricos, assim como nos comportamentos e atitudes observadas pela investigadora durante a recolha de dados no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, mas também durante o acompanhamento de algumas actividades terapêuticas realizadas juntamente com os participantes, estando estes, como referido anteriormente, em internamento parcial.

O Quadro 7 apresenta a lista dos 16 Diagnósticos realizados pelos psiquiatras do HD para a amostra geral nos momentos de *Admissão vs. Alta*, em conformidade com o *género*.

Quadro 7 – Lista dos 16 Diagnósticos para a amostra *geral* nos momentos de *Admissão vs. Alta*, em conformidade com o *género*

Homem		
Casos Clínicos	Diagnóstico no momento da Admissão	Diagnóstico no momento da Alta
1	Personalidades anormais: não especificada (301.9)	Quadros depressivos não especificados noutras rubricas (311)
2	Personalidades anormais (301)	Personalidades anormais (301)
3	Neuroses (300)	Neuroses (300)
4	Personalidades anormais (301)	Personalidades anormais (301)
5	Neuroses: Depressão neurótica (300.4)	Perturbação de adaptação crónica com ansiedade (308.24)
6	Quadros depressivos não Especificados noutras rubricas (311)	Quadros depressivos não especificados noutras rubricas (311)
7	Neuroses (300)	Neuroses (300)

Mulher		
Casos Clínicos	Diagnóstico no momento da Admissão	Diagnóstico no momento da Alta
1	Psicose afectiva (296)	Personalidades anormais (301.9)
2	Psicose afectiva (296)	Perturbação de adaptação: reacção depressiva prolongada (309.1)
3	Psicose afectiva (296)	Quadros depressivos não especificados noutras rubricas (311)
4	Quadros depressivos não especificados noutras rubricas (311)	Quadros depressivos não especificados noutras rubricas (311)
5	Neuroses: Depressão neurótica (300.4)	Neuroses: Depressão neurótica (300.4)
6	Perturbação da personalidade – Borderline (301.83)	Perturbação da personalidade – Borderline (301.83)
7	Personalidades anormais: Outras (301.8)	Perturbação da personalidade – Borderline (301.83)
8	Em estudo (799.9)	Quadros depressivos não especificados noutras rubricas (311)
9	Perturbação afectiva (296.5)	Perturbação de adaptação: Reacção depressiva prolongada (309.1)

Assim, dos 16 utentes/doentes em internamento parcial, 8 deles – metade da população em estudo – apresentaram o mesmo diagnóstico psiquiátrico, ou seja, a mesma sintomatologia no momento de *Admissão* e no momento da *Alta*; e 5 utentes/doentes apresentaram uma melhoria (31,25%) sendo que no momento da *Admissão* 3 casos apresentavam Psicose Afectiva (296), 1 apresentava Personalidade Anormal (301.9) e 1 último, apresentava Neurose (300.4). Estes 5 utentes/doentes passaram então para diferentes diagnósticos no momento da *Alta*: 2 para Quadro depressivo (311), 1 para Personalidade Anormal (301) e, por último, 2 para Perturbação de Adaptação (309.1 e 308.24). Houve ainda 2(12,5%) casos que apresentaram diferentes diagnósticos sendo que no momento da *Admissão*, 1 apresentava Personalidade Anormal (301.8) e 1 outro apresentava Perturbação afectiva (296.5), enquanto que no momento da *Alta*, o 1 primeiro apresentava Perturbação da Personalidade (301.83), e o segundo apresentava Perturbação de Adaptação (309.1). Por fim, verificou-se que 1 utente/doente (6,3%) apresentou uma melhoria em termos de Identificação de diagnóstico sendo que no momento da *Admissão* o diagnóstico era Em Estudo (799.9) passando no momento da *Alta* para a identificação definitiva como Quadro depressivo (311).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente Discussão compreende uma interpretação geral dos resultados quantitativos e qualitativos em conformidade com as três hipóteses desta Dissertação e com os objectivos anteriormente levantados (ver Capítulo II – Método deste estudo Empírico). Compreende igualmente uma análise das Limitações do estudo empírico efectuado, assim como as Sugestões de futuros estudos.

4.1 Interpretação e Discussão

A interpretação baseia-se em três distintas análises, complementares entre si.

Assim, na análise descritiva verifica-se que na *Admissão* os *Sintomas Psicopatológicos* e a *Depressão* são mais proeminentes nas mulheres, e o *Auto-Conceito* é maior nos homens, enquanto que na *Alta* os *Sintomas Psicopatológicos* são proeminentes nas mulheres, a *Depressão* é inferior à média e o *Auto-Conceito* está acima da média em todos os sujeitos, mormente nos homens. Na análise inferencial, verifica-se que as diferenças gerais entre os momentos da *Admissão* vs. *Alta* são somente significativas na *Depressão*, apenas marginalmente significativas nos *Sintomas Psicopatológicos* e não significativas no *Auto-Conceito*; as diferenças nas *mulheres* são somente significativas no *Auto-Conceito*, marginalmente significativas nos *Sintomas Psicopatológicos*, e não significativas na *Depressão*; as diferenças nos *homens* não foram significativas para nenhuma destas variáveis, observando-se ainda que para a variável *Auto-Conceito* houve até uma pequena diminuição, se bem que não significativa. Na análise qualitativa, metade dos utentes (8) apresentaram o mesmo diagnóstico psiquiátrico no momento da *Alta*; 5 utentes/doentes apresentaram uma melhoria, 2 apresentaram diferentes diagnósticos e 1 apresentou uma melhoria em termos de identificação de diagnóstico.

Observa-se em especial que nesta Dissertação não se teve como propósito comparar os géneros, ou seja, a variável género não entra em linha de conta directamente; assim, as estatísticas são sempre direccionadas para a comparação *Antes* vs. *Depois*, tanto para a amostra geral como para as amostras masculina e feminina.

Deste modo confirma-se parcialmente a **Hipótese 1** em que existem na amostra geral diferenças significativas sendo esta diferença devido às mulheres, quanto à *Sintomatologia*

Psiquiátrica apresentada pelos utentes/doentes em internamento parcial no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, isto é, o sistema de internamento psiquiátrico que inclui psicoterapia e acompanhamento psicológico tem efeitos sobre os *Sintomas Psicopatológicos* referentes a um amplo espectro de problemas psicológicos indicada pelo diagnóstico e pela escala de avaliação – SCL-90.

Quanto à interpretação dos dados quantitativos em conformidade com a **Hipótese 2** pode-se dizer que para a amostra geral existem diferenças significativas quanto à *Sintomatologia Psiquiátrica* apresentada pelos utentes/doentes em internamento parcial no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, isto é, o sistema de internamento psiquiátrico que inclui psicoterapia e acompanhamento psicológico tem efeitos sobre a *Depressão* indicada pelo diagnóstico e pela escala de avaliação – IACLIDE.

Quanto à interpretação dos dados quantitativos em conformidade com a **Hipótese 3**, não existem na amostra geral diferenças significativas se bem que nas mulheres existem diferenças significativas, quanto à *Sintomatologia Psiquiátrica* apresentada pelos utentes/doentes em internamento parcial no momento da *Admissão* e no momento da *Alta*, isto é, o sistema de internamento psiquiátrico que inclui psicoterapia e acompanhamento psicológico, tem efeitos sobre o *Auto-Conceito* indicado pelo diagnóstico e pela escala de avaliação – ICAC.

A análise qualitativa trás indicações de uma melhoria apenas ligeira do estado da *Sintomatologia Psiquiátrica* geral dos utentes/doentes – somente 5 utentes/doentes sobre os 16 da amostra geral apresentam melhoria!

Deste modo, numa interpretação mais global, poder-se-ia afirmar que o sistema de tratamento Psiquiátrico e acompanhamento psicológico realizado junto aos utentes/doentes no HD é parcialmente eficaz, mormente no que concerne ao abrandamento da *Depressão*.

4.2 Limitações do Estudo

Antes de tudo verifica-se um tamanho reduzido da amostra definitiva em que foram testadas as três hipótese propostas; lembra-se que a amostra inicial era de 26 sujeitos mas por motivos diversos (ver no Capítulo Método o item 2.1.2 dos Participantes), passou para

16 sujeitos com uma perda amostral significativa de 10 sujeitos. Esta perda amostral compromete em parte os resultados da presente Dissertação.

Outra limitação que se poderia assinalar refere-se ao facto de uma certa inconsistência dos Diagnósticos Psiquiátricos (ver item 3.2.2 do Capítulo dos Resultados), gerando na análise qualitativa própria da Sintomatologia Psiquiátrica uma fraqueza metodológica, no sentido de uma fidelidade dos dados comprometida.

Outra situação importante a ter em atenção é as consequências que o anúncio da *Alta* provoca nos utentes/doentes em internamento parcial. O momento em que é anunciada a *Alta* é um dos factores ansiogénicos e destabilizadores do utente/doente, uma vez que é notório nos utentes/doentes um sentimento de possível abandono, originando aparentemente um retrocesso na evolução do utente/doente, visível na adesão ao processo terapêutico. Estes últimos demonstram alguma regressão aquando deste anúncio por medo da falta de suporte próprio do acompanhamento a que já estão habituados, para além das perspectivas futuras do confronto com a realidade externa. O diagnóstico da *Alta* está deste modo comprometido.

É ainda pertinente referir que os dados obtidos foram recolhidos através de 3 escalas de auto-preenchimento e, por isso, é a percepção do sujeito sobre o seu próprio mal-estar que está em jogo, com os enviesamentos que esta forma de avaliação acarreta.

4.3 Sugestões

Seria pertinente ter uma amostra maior ($> n=16$), no sentido em que os resultados obtidos na análise estatística inferencial poderiam indicar “significância” ao invés de indicar apenas “marginamente significativo”, tal como se observou na maioria das análises inferenciais realizadas.

Deve-se avaliar os factores pelos quais se verificaram os mesmos diagnósticos nos momentos da *Admissão* e da *Alta* em 50% dos utentes em internamento parcial. É possível que a avaliação no momento da *alta* deva ser realizada antes desta ser anunciada para que a mesma não interfira ansiogénicamente na própria avaliação diagnóstica do utente/doente

que são realmente as consequências funestas que o anúncio da *Alta* provoca nos utentes/doentes em internamento parcial. Estes últimos demonstram alguma regressão aquando deste anúncio. Neste sentido, seria relevante intervir a nível do momento do diagnóstico psiquiátrico final na *Alta*, de modo a evitar este tipo de situação. Assim, este momento poderia ocorrer um pouco antes do anúncio da *Alta*.

Igualmente em torno de três meses após a *Alta* poderia haver uma avaliação do tipo *follow-up*. Assim, eliminar-se-ia tanto a variável do anúncio da *Alta* como também, ter-se-ia uma melhor visão de conjunto do próprio processo psicoterapêutico a que foi o utente/doente submetido.

O diagnóstico Psiquiátrico deveria ser feito pela técnica de *duplo cego* afim de que o diagnóstico Psiquiátrico ganha-se consistência interna metodológica, aumentando o nível de fidelidade (de confiança) daqueles diagnósticos.

CONCLUSÃO GERAL

Estando as temáticas abordadas nesta Dissertação de Mestrado subordinadas à doença mental, no que respeita ao atendimento a utentes/doentes mentais em Hospital de Dia, é pertinente reflectir sobre a justeza do diagnóstico psiquiátrico, a eficácia do tratamento psiquiátrico e do atendimento psicológico actualmente aí praticados.

Sabe-se que o quotidiano actual da população em geral é cada vez mais propício ao desenvolvimento de perturbações mentais. As diversas situações com que a população se depara nos dias de hoje, nomeadamente o desemprego e a constante necessidade de mudança sociais e tecnológicas à qual por norma o ser humano é resistente, constituem-se claramente como factores de risco para o surgimento de uma perturbação mental. Estas situações não são condições *sine qua non* para estes factores surgirem, uma vez que existem vários factores de possível compensação. Como salienta Quartilho (2001) a perspectiva do doente tem muito a ver com a sua experiência subjectiva, com as interpretações que faz sobre a origem e o significado destes factores.

Perante este quadro, justifica-se cada vez mais um apoio precoce e sobretudo eficaz junto a populações com diagnósticos de perturbação mental confirmados; para tal, o tratamento psiquiátrico e o acompanhamento psicológico são de extrema importância.

Como foi possível verificar na revisão da literatura, o suporte no âmbito da prestação de cuidados psicoterapêuticos especializados e intensivos em HD, permite à Psicologia Clínica/hospitalar o estabelecimento de laços próprios da relação terapêutica (vínculo) através do diálogo entre o utente/doente, na medida em que o sujeito tem de ser visto como um todo (dimensão biopsicossocial) onde a sua doença é tratada como algo normativo na tentativa de interligar os aspectos emocionais subjacentes às sintomatologias.

Este estudo de cariz exploratório, apesar de evidenciar algumas limitações, demonstrou dar um contributo quanto à análise sobre a *Sintomatologia Psiquiátrica* apresentada pelos utentes/doentes internados em HD, e permitiu desta forma, mostrar que o sistema de tratamento Psiquiátrico e acompanhamento Psicológico realizados junto dos utentes/doentes do HD é parcialmente eficaz, sobretudo no que concerne ao abrandamento da *Depressão*.

Apesar de neste estudo não terem sido encontradas grandes diferenças significativas entre os momentos de *Admissão* e *Alta* quanto à *Sintomatologia Psiquiátrica* apresentada pelos utentes/doentes em internamento parcial, esta investigação permitiu observar que a maioria dos utentes/doentes demonstraram a aquisição de competências em diversas áreas da sua vida para uma reinserção adequada à sua vida quotidiana.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se depreender que as consequências que o anúncio da *Alta* provoca nos utentes/doentes é um dos factores ansiogénicos e destabilizadores, uma vez que é notório nos utentes/doentes um sentimento de possível “abandono” (do ambiente hospitalar que lhe gera protecção), originando aparentemente um retrocesso na evolução do próprio, visível na adesão ao processo terapêutico, denotando-se alguma regressão aquando deste anúncio por medo da falta de suporte próprio do acompanhamento a que já estão habituados, para além das perspectivas futuras do confronto com a realidade externa. Neste sentido, o diagnóstico da *Alta* está de certa forma comprometido, como se pode justificar nos resultados obtidos da presente investigação.

Numa interpretação mais global, pode-se concluir nesta Dissertação que o sistema de tratamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico realizados junto dos utentes/doentes no HD é parcialmente eficaz, sobretudo no que concerne ao abrandamento da *Depressão*. Como também foi possível verificar, há uma melhoria apenas ligeira do estado da *Sintomatologia Psiquiátrica* geral dos utentes/doentes quanto ao diagnóstico, sendo que somente 5 deles sobre os 16 da amostra geral apresentam uma melhoria!

Assim, esta investigação teórico-empírica, além de constituir um pequeno contributo para o desenvolvimento do tema, permitiu adquirir uma noção global de diversos aspectos que envolvem todo o mecanismo do próprio contexto hospitalar – HD. De acordo com Coimbra de Matos (2004) considera-se assim, o Hospital de Dia uma instituição de transição, no sentido de que, no momento actual, é através do seu funcionamento que mais eficazmente se poderá operar a mudança de conceitos e práticas que a moderna compreensão da saúde e das doenças mentais impõe. É no seu dia-a-dia operante que os técnicos, doentes e público assimilam a importância da força patogénica dos factores psicossociais e o valor terapêutico da sua análise e correcção; é ainda, no convívio estreito

e íntimo do Hospital de Dia que cada um – indistintamente – aprenderá a reconhecer os factores pessoais e próprios de dinamização do processo terapêutico.

O enriquecimento e a experiência obtidos por esta mestranda, constituem como que o corolário de um estudo longo, constante e centrado na realidade e nas vivências profissionais diárias e diversas dos múltiplos casos e doentes que a mestranda-investigadora teve que observar, analisar e ajudar a resolver com a equipa multidisciplinar entretanto formada. Por isso, esta experiência tão enriquecedora e produtiva, conseguiu trazer à estagiária, ainda que em fase de formulação de juízos e conceitos, uma vivência profissional e uma experiência incontornáveis para um desempenho capaz e cientificamente eficaz nas situações com que se deparou no âmbito da consulta em gabinete clínico.

Para os profissionais de saúde o olhar de compreensão de um paciente vale mais que milhões.

Ainda há muito por fazer. Não se sabe quantas pessoas não estão a receber os cuidados de que necessitam – cuidados que estão disponíveis e podem ser obtidos sem um custo elevado. As estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas actualmente vivas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e de drogas. Muitas sofrem em silêncio. Além do sofrimento e da falta de cuidados, encontram-se as fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão, do abandono e da segregação, com uma frequência que cada vez é mais importunante.

É de salientar que para além do suporte técnico, o psicólogo deve desenvolver a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir as suas queixas, encontrar em conjunto estratégias facilitadoras para aceitação e compreensão da doença e contribuir para a adaptação e modificação que poderão ser necessárias para dar conta do seu problema (Baptista & Dias, 2003).

Desta forma, o psicólogo num hospital deve ser, não apenas mais um elemento ao serviço do doente e da própria instituição mas, ser sobretudo, um profissional eficaz ao

serviço da equipa multidisciplinar. Do psicólogo espera-se que seja, o confidente e o ombro do doente que na hora em que tudo está posto em causa é capaz de manter o *status quo*, a cabeça fria e agir com a sabedoria e experiência que lhe advém da sua condição de interlocutor das emoções.

De outra forma o Psicólogo corre o risco de ser considerado mais um agente do sistema, que não contribuindo para o alterar ou questionar, servirá tão só como veículo para a gestão da doença. É neste estágio de oportunidades e anseios que o Psicólogo pode, mas não deve acomodar-se nem permitir-se falhar, porque se o fizer ruião consigo os sonhos e anseios de quantos em si confiaram.

O psicólogo tem por isso de ser o agente da mudança de atitudes, de comportamentos, e deve ser até o motivador e o motor da inquietude que pode potenciar a mudança. Terá por isso que ser pro-activo, atento, merecedor da confiança e depósito da atenção inequívoca e inquestionável do doente, para que possa permitir-se operar a mudança que o doente deseja e que a sua falta, faz adensar ainda mais o seu problema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. N., Salzano, F. T., Vasques, F., Filho, R. C., Cordás, T. A. & colaboradores (2006). *Síndromes Psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Alamy, S. (2007). *Identidade do Psicólogo no meio Hospitalar*. Retirado em 21 de Maio de 2009 do site <http://www.psicoactiva.com/arti/articulo.asp? SiteIdNo=222>.
- Almeida, E. C. (2000). O Psicólogo no Hospital Geral. *Psicologia, ciência e profissão*, 20 (3), 24-27. Retirado em 3 de Maio de 2009 do site <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v20n3/v20n3a05.pdf>.
- Almeida, J. L. N. (1994). Os Valores Culturais e a Relação Médico Doente, *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 7, 3, Lisboa: Psiquilíbrios.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: primary care version (4ª ed.)*. Washington: DC Author.
- Anastasi, A. (1973). *Testes Psicológicos*. São Paulo: EPU.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (1997). *Les Méthodes Projectives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Assis, P. (1999). Um Breve Manual de Transtornos Mentais. Um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação. *Mal-estar na Actualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Associação de Psiquiatria Americana (2002). *Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E. & Bem, D. J. (1995). *Introdução à Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.

- Baptista, A. (2000). Perturbações do Medo e da Ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Coord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp.89-141). Coimbra: Quarteto.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (s/d). *O Medo, a Ansiedade e as suas Perturbações*. Retirado em 10 de Fevereiro de 2009, da base de dados Scielo Portugal.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (Orgs.). (2003). *Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barlow, D. H. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D. H. (2009). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo*. Porto Alegre: Artmed.
- Beauchesne, H. (1980). *Psicopatologia da Criança e do Adolescente: estudo de caso*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bergeret, J. (1998). *Psicologia Patológica: teórica e clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Bergeret, J. (2000). *A Personalidade Normal e Patológica*. Lisboa : Climepsi.
- Birman, J. (1994). *Psicanálise, Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Braconnier, A. (2000). *Psicologia Dinâmica e Psicanálise*. Lisboa: Climepsi.
- Brandão, H. N. (1997). *Introdução à Análise do Discurso*. São Paulo: UNICAMP.
- Camon, Chiattonne, Sebastiani, Fongaro & Santos (1998). *Doença Mental e Psicologia*, (5ª ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Campos, T. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: E.P.U.
- Ciccione, A. (2000). *Observação Clínica*. Lisboa: Climepsi.

- CID-10 (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor Menos Doença*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi.
- Cordás, T. A., Nardi, A. E. & Moreno, R. A. (2002). *Distímia: do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre: Artmed.
- D'Hainaut, L. (1990). *Conceitos e Métodos da Estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (2004). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise*. Porto Alegre: Artmed.
- Derogatis, L. R. & Lázarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In: Maruish, M. (Ed.). *The use Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Derogatis, L. R. (1994). *Brief Symptom Inventory (BSI) Administration, Scoring, and Procedures Manual* (3ª ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Limpman, R. S., Covi, L. & Rickels, K. (1971). *Neurotic Symptom Dimensions as Perceived by Psychiatrists and Patients of Various Social Classes*. *Archives of General Psychiatry*, 24, 454-464.
- Derogatis, L. R., Limpman, R.S., Covi, L. & Rickels, K. (1972). *Factorial Invariance of Symptom Dimensions in Anxious and Depressive Neuroses*. *Archives of General Psychiatry*, 27, 659-665.
- Descartes, R. (1983). *Discurso do método; meditações; objecções e respostas; as paixões da alma; cartas*. (Tradução de J. Guinsburg Bento Prado Júnior), (3 ed.). São Paulo: Abril Cultural.
- Falcone, A. (s/d). *Bases Teóricas e Filosóficas das Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Retirado em 10 de Fevereiro de 2008, da base de dados Scielo Portugal.

- Fernandes da Fonseca, A. (2003). A Psiquiatria Clínica na obra de Alonso-Fernández. *Revista de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto, III*, 3-4, 72-85.
- Fernandes da Fonseca, A. (2004). *A Psicologia e a Psicopatologia da Infância e da Adolescência* (2ª ed.). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Fernandes, E. (2001). *Encontro de Narrativas Terapêuticas: estudo das memórias do terapeuta activo durante o processo de recordação do cliente*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Figueiredo, E. (1977). *O Chapéu Reclame de Cigarros: contribuição para uma psicoterapia institucional*. Biblioteca das ciências do homem. Edições Afrontamento.
- Florbelá Vitória, F., Leandro S. Almeida & Ricardo Primi1 (2006). Unidimensionalidade em Testes Psicológicos: conceito, estratégias e dificuldades na sua avaliação. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7* (1), 1-7.
- Fonseca, M. T. A. (1998). O Papel do Psicólogo Pediátrico. *Análise Psicológica, 16* (1), 177-181. Retirado em 3 de Setembro de 2009 da base de dados Scielo Portugal.
- Fontaine, A. M., Campos, B. & Musitu, G. (1992). Percepções das interacções familiares e conceito de si próprio na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica, 8*, 69-78.
- Fortunato, M. L., Oliveira, F. B. (2001). Concepção de Sujeito: construções, deslocamentos e redefinições. In: Oliveira, F. B.; Fortunato, M. L. *Ensaio: construção do conhecimento, subjectividade, interdisciplinaridade*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 83-95.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *DSM-IV-TR Casos Clínicos: guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi.
- Freeman, A. (2000). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Documento apresentado no encontro da Associação Europeia de Terapias Comportamentais e Cognitivas, Granada: Espanha.

- Freud, S. (2001). *Textos Essenciais da Psicanálise: a estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia, III*. Mem-Martins: Europa-América.
- Gonçalves, A. M. (2003). *A Saúde a Doença e a Cura: o recurso aos operadores rituais alternativos entre os utentes das consultas de psiquiatria no concelho de Viseu*, – Dissertação de Mestrado apresentada ao ISCTE. Retirado em 9 de Janeiro de 2010 da base de dados Scielo Brasil.
- Gonçalves, M. M., Simões M. R., Almeida L. S. & Machado C. (2006). *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa (1)*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F. (1999). *Introdução às Psicoterapias Comportamentais*. Lisboa: Quarteto.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guillevic, C. & Vautier, S. (2001). *Diagnóstico e Testes Psicológicos*. Lisboa: Climepsi.
- Hospital de Magalhães Lemos (s/d). *Guia Geral de Acolhimento ao Utente*. Porto: Edição do Hospital de Magalhães Lemos.
- Hospital de Magalhães Lemos (s/d). *Manual de Integração da Unidade Hospitalar de Dia*. Porto: Edição do Hospital de Magalhães Lemos.
- Jara, J. M. (2006). *Causas da Psiquiatria: questões de saúde mental*. Alfragide: Caminho.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: McGraw Hill.
- Kernberg, O. F. (1995). *Agressão nos Transtornos de Personalidade e nas Perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Kernberg, O. F. (2006). *Agressividade, Narcisismo e Auto-destrutividade na Relação Psicodinâmica*. Lisboa: Climepsi.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C. & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. Porto Alegre: Artmed.

- Kleinman, A. (1992). *Local Worlds of Suffering: an interpersonal focus for ethnographies of illness experience*. "Qualitative Health Research", 2 (2),_Berkeley: University of Califórnia Press.
- Kraepelin, E. (2006). *A loucura Maníaco-Depressiva*. Lisboa: Climepsi.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. Campinas. Retirado em 10 de Janeiro de 2010, da base de dados Scielo Brasil.
- Leal, I. P. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: ISPA.
- Lima, C. F. (2005). A Perturbação da Ansiedade Generalizada. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*. Retirado em 7 de Fevereiro de 2009, do site <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0018.PDF>.
- Lima, M. P. G. L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contexto de Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Macedo, R. C. (s/d). *Psicologia Hospitalar*. Retirado em 3 de Abril de 2009 de http://www.iansi.org/cl_psico_hosp.asp.
- Martins, G. A. (2002). *Estatística Geral e Aplicada*. São Paulo: Editora Atlas.
- mcclure, n. & hallstrom, c. (2000). *Ansiedade e Depressão: perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi.
- McIntyre, T. M. (1994). *Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: APPORT.
- McIntyre, T. M. (1996). Ética e Avaliação Psicológica em Psicologia da Saúde: algumas questões e reflexões. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Ed.). *IV Conferência internacional de avaliação psicológica: formas e contextos & II mostra de provas psicológicas em Portugal*, 671-678. Braga: APPORT.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação Psicanalítica de Casos*. Lisboa: Climepsi.

- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Moreira, P. & Melo, A. (Orgs.). (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Morin, E. (1996). A Noção de Sujeito. In: Schnitman, D. F. (Org.). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*, 43-55. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mota Cardoso, C. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.
- Noronha, A. (2002). Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (1), 135-142. Retirado em 14 de Outubro de 2009 da base de dados Scielo Brasil.
- Oliveira, F. B. (2002). *Construindo Saberes e Práticas*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Pais Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde* (1ª ed.). Lisboa: ISPA.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pedinielli, J-L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A. (2004). *SPSS Guia Prático de Utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edição Sílabo.
- Pereira, A. L. S. (2005). Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Universidade Federal do Rio de Janeiro Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Psicologia*. Retirado em 10 de Fevereiro de 2009, do site http://teses.ufrj.br/IP_m/AndreLuizDosSantosPereira.pdf.

- Pessini, L. (2002). *Humanização da Dor e Sofrimento Humanos no Contexto Hospitalar*, 10 (2). Retirado em 20 de Junho de 2009 do site <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf>.
- Pinto, A. C. (2001). *Psicologia Geral*. Universidade Aberta.
- Pio Abreu, J. L. (2007). *Como Tornar-se Doente Mental*. Coimbra: Quarteto.
- Pio Abreu, J. L. (2006). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Primi, R. & Almeida, L. S. (1998). Considerações sobre a análise factorial de itens com resposta dicotómica. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 3, 225-234.
- Quartilho, M. J. R. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Reuchlin, M. (1986). *Métodos em Psicologia*. (A. Silveira, Trad.). Lisboa: Edições. Teorema. (Obra original publicada em 1986).
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Richard, M. (1998). *As Correntes da Psicologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ruiloba, J. V. & Ferrer, C.G. (1999). *Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Editora Masson.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Teixeira, J. A. C. (2007). *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi.

- Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi.
- Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Vaz Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Verdiani, M. (2001). *Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos de Ansiedade*. Retirado em 27 de Setembro de 2009, do site http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/099.pdf.
- Weiner, I. R. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Widlöcher, D. (2001). *As Lógicas da Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- World Health Organization (2002). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*, (3ªed). Lisboa.

ANEXO A

**AUTORIZAÇÃO DA SUPERVISORA DO HOSPITAL DE DIA EM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

Declaração

Cláudia Celeste Sá Barbosa Milheiro Baldaque Marinho, psicóloga clínica no Hospital de Dia do Hospital de Magalhães Lemos na qualidade de supervisora da estagiária Isaura Maria da Silva Neves, onde exerce as funções de que está incumbida, declara para os efeitos julgados convenientes, autorizar a recolha da amostra necessária para a realização da investigação, cujo o objectivo é verificar a sintomatologia psiquiátrica comparada dos utentes internados em Hospital de Dia no momento da admissão e no momentos da alta com o protocolo de aplicação das seguintes escalas: SCL-90, IACLIDE e Auto-conceito.

Porto, 17 de Novembro de 2009

A Psicóloga clínica,

Cláudia Celeste Sá Barbosa Milheiro Baldaque Marinho

ANEXO B

INSTRUÇÕES E CONSENTIMENTO INFORMADO

Projecto de Investigação Psicológica de Sintomatologia dos Utentes Internados em Hospital de Dia

No âmbito de um estudo exploratório de sintomas/resultados apreciados em escalas de auto-preenchimento, aquando admissão do utente ao Hospital de Dia, comparando-se com os resultados das mesmas escalas aplicadas no momento da alta, desenvolvido em contexto de estágio no Hospital de Magalhães Lemos, venho por este meio pedir a sua colaboração.

Para tal, peço-lhe que preencha as escalas de auto-preenchimento que se seguem em anexo.

Note que estas escalas de auto-preenchimento são anónimas e confidenciais, pelo que agradeço que responda com a máxima sinceridade.

Se decidir colaborar neste estudo, deverá, antes de mais, indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Agradeço desde já a sua atenção.



Isaura Neves

Consentimento informado

Declaro, ao **colocar uma cruz no quadrado** que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade de Isaura Neves, no âmbito do estágio a realizar em Hospital de Dia no Hospital de Magalhães Lemos.

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado(a) do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.



Data 31/07/09

ANEXO C

HOPKINS SYMPTOM DISTRESS CHECK LIST 90-REVISED (SCL-90-R)

S C L - 90

Nome _____ Idade _____ anos

Profissão _____ Hab. Literárias _____

INSTRUÇÃO: Vai encontrar nas páginas seguintes uma lista de problemas e queixas que algumas pessoas costumam ter. Leia e assinale cuidadosamente cada questão.

Não há respostas certas ou erradas. Procure responder o mais objectivamente possível sem se preocupar com a imagem que possa causar. Responda simplesmente de acordo com o que sente, todas as suas respostas são absolutamente confidenciais.

Em que medida tem sofrido das seguintes queixas?

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	
1 - Dores de cabeça	0	1	2	3	4	A
2 - Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4	E
3 - Pesamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz	0	1	2	3	4	B
4 - Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4	A
5 - Diminuição do interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4	D
6 - Sentir-se criticado pelos outros	0	1	2	3	4	C
7 - Impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4	I
8 - Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4	H
9 - Dificuldades em se lembrar de coisas passadas recentes	0	1	2	3	4	B
10 - Muitas preocupações com a limpeza e arrumação	0	1	2	3	4	B
11 - Aborrece-se e irrita-se facilmente	0	1	2	3	4	F
12 - Dores sobre o coração ou no peito	0	1	2	3	4	A
13 - Sentir medo na rua ou nos espaços abertos	0	1	2	3	4	G
14 - Falta de forças ou lentidão	0	1	2	3	4	D
15 - Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4	D
16 - Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	0	1	2	3	4	I
17 - Tremer	0	1	2	3	4	E
18 - Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4	H
19 - Perder o apetite	0	1	2	3	4	J
20 - Virem as lágrimas facilmente aos olhos	0	1	2	3	4	D
21 - Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto	0	1	2	3	4	D

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	
22 - Impressão de se sentir preso ou apanhado em falta	0	1	2	3	4	D
23 - Ter medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4	E
24 - Impulsos que não pode controlar	0	1	2	3	4	F
25 - Medo de sair de casa sózinho	0	1	2	3	4	G
26 - Acusar-se a si mesmo a propósito de qualquer coisa	0	1	2	3	4	D
27 - Dores no fundo das costas (cruzes)	0	1	2	3	4	A
28 - Dificuldades em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4	B
29 - Sentir-se sózinho	0	1	2	3	4	D
30 - Sentir-se triste	0	1	2	3	4	D
31 - Sentir-se muito pensativo (cismático) acerca de certas coisas	0	1	2	3	4	D
32 - Sem interesse por nada	0	1	2	3	4	D
33 - Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4	E
34 - Sentir-se ofendido facilmente nos seus sentimentos	0	1	2	3	4	C
35 - Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos	0	1	2	3	4	I
36 - Sentir que os outros não o compreendem	0	1	2	3	4	C
37 - Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4	C
38 - Fazer tudo devagar para ter a certeza de que fica bem feito	0	1	2	3	4	B
39 - Palpitações ou batimentos rápidos do coração	0	1	2	3	4	E
40 - Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	0	1	2	3	4	A
41 - Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4	C
42 - Dores musculares	0	1	2	3	4	A
43 - Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4	H
44 - Dificuldades em adormecer	0	1	2	3	4	L
45 - Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4	B
46 - Dificuldades em tomar decisões	0	1	2	3	4	B
47 - Medo de viajar de comboio ou de autocarro	0	1	2	3	4	G
48 - Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4	A
49 - Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4	A
50 - Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo	0	1	2	3	4	G

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	
51 - Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4	B
52 - Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	0	1	2	3	4	A
53 - Impressão de ter uma bola na garganta	0	1	2	3	4	A
54 - Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4	D
55 - Dificuldades em se concentrar	0	1	2	3	4	B
56 - Falta de forças em parte do corpo	0	1	2	3	4	A
57 - Sentir-se em estado de tenção ou aflição	0	1	2	3	4	E
58 - Sentir um peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4	A
59 - Pensamentos sobre a morte ou enterro	0	1	2	3	4	M
60 - Vontade de comer demais	0	1	2	3	4	J
61 - Não se sentir à vontade quando as pessoas o observam ou falam de si	0	1	2	3	4	C
62 - Ter pensamentos que não lhe pertencem	0	1	2	3	4	I
63 - Impulsos de bater, ferir ou ofender alguém	0	1	2	3	4	F
64 - Acordar muito cedo de manhã	0	1	2	3	4	L
65 - Vontade de repetir certas acções como por ex., tocar em objectos, lavar-se ou contar	0	1	2	3	4	B
66 - Sono agitado e não repousante	0	1	2	3	4	L
67 - Vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4	F
68 - Ter pensamneos ou ideias que os outros não percebem ou não têm	0	1	2	3	4	H
69 - Sentir-se embaraçado junto das outras pessoas	0	1	2	3	4	C
70 - Não se sentir à vontade nas multidões (assembleias, lojas, bichas, cinemas, mercados, etc.)	0	1	2	3	4	G
71 - Sentir que tudo o que faz é com esforço	0	1	2	3	4	D
72 - Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4	E
73 - Não se sentir à vontade quando come ou bebe em lugares públicos	0	1	2	3	4	C
74 - Entrar facilmente em discussões	0	1	2	3	4	F
75 - Sentir-se nervoso quando tem de ficar sózinho	0	1	2	3	4	G
76 - Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0	1	2	3	4	H
77 - Sentir-se sózinho mesmo quando está com mais pessoas	0	1	2	3	4	I

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	
78 - Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado	0	1	2	3	4	E
79 - Sentimentos de que não tem valor	0	1	2	3	4	D
80 - Ter o pressentimento de que algo de mal lhe vai acontecer	0	1	2	3	4	E
81 - Gritar com outras pessoas ou atirar com coisas	0	1	2	3	4	F
82 - Medo de vir a desmaiar diante de outras pessoas	0	1	2	3	4	G
83 - Impressão de que se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0	1	2	3	4	H
84 - Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito	0	1	2	3	4	I
85 - Sentimentos de que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4	I
86 - Pensamentos ou imagens assustadores	0	1	2	3	4	E
87 - A impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo	0	1	2	3	4	I
88 - Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outras pessoas	0	1	2	3	4	I
89 - Sentimento de culpa	0	1	2	3	4	N
90 - Impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4	I

**Verifique por favor se respondeu
a todas as questões**

ANEXO D

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO (IACLIDE)

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

8. - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
 - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1 - 2 horas antes de conseguir adormecer
 - Quando me deito algumas noites não consigo dormir nada
 - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa.
9. - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do que o costume
- Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço
 - Últimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
 - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
 - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa.
10. - A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
- Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
 - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
 - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
 - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro.
11. - Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
- Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
 - Presentemente ando a acordar ao fim de 4 - 5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
 - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
 - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia.
12. - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado
- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
 - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
 - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
 - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos.
13. - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
 - Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
 - Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
 - Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for

Grid of 36 empty boxes for rating responses, arranged in 12 rows and 3 columns.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

14. - O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre

- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
- No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
- Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
- Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for.

15. - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração

- Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
- Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
- Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
- Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for.

16. - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual

- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
- Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
- Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
- Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível.

17. - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes

- Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
- No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomarr qualquer decisão
- Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
- Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas.

18. - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre

- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
- Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
- Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
- Perdi por completo a alegria de viver.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

19. - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo

- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
- No momento presente não me importaria de morrer
- Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
- Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida.

20. - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume

- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
- Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
- Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais
- Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia.

21. - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso

- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
- Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
- Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
- Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas

22. - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume

- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for.

23. - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume

- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
- Só me dá vontade de estar todo o tempo deitado na cama, sem fazer nada.

ANEXO E

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO (ICAC)

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO
(A. VAZ SERRA — 1985)

Nome _____ Idade _____ Estado civil _____ Data ____/____/____
 Sexo _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____
 F1 (1+4+9+16+17)= _____ F2 (3+5+8+11+18+20)= _____ F3 (2+6+7+13)= _____ F4 (10+15+19)= _____ Total= _____

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 — Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 — Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 — Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 — No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 — Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 — Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 — Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 — De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 — Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 — Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 — Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 — Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 — Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 — Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 — Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 — A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 — Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 — Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 — Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 — Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO F

LISTA DE DIAGNÓSTICO DOS 16 PARTICIPANTES

LISTA DE DIAGNÓSTICO DOS 16 PARTICIPANTES

Psicose Afectiva (296)

Perturbação de Adaptação: reacção depressiva prolongada (309.1)

Personalidades Anormais: não especificada (301.9)

Quadros Depressivos não especificados noutras rubricas (311)

Personalidades Anormais (301)

Neuroses: depressão neurótica (300.4)

Personalidades Anormais: outras (301.8)

Perturbação Afectiva (296.5)

Neuroses (300)

Doença não diagnosticada – não especificada (799.9)

Perturbação da Personalidade – Borderline (301.83)

Perturbação de Adaptação Crónica com Ansiedade (308.24)