



Universidade da Beira Interior

Departamento de Psicologia e Educação

Psicologia Clínica e da Saúde

MESTRADO EM PSICOLOGIA
2008/2009

Mestranda: Martina Lopes

Orientador: Professor Doutor Luís Maia

Covilhã
Agosto 2009

**A todos os que perderam a vida na guerra do Ultramar e aos que,
ainda hoje,
continuam a lutar por ela.**

ÍNDICE

	Pág.
Introdução _____	7
 I Parte	
1 - Liga dos Combatentes _____	8
1.1. - História e Caracterização _____	8
 2 –Centro de Apoio Médico, Psicológico e Social	
(CAMPS) _____	14
2.1 – Organograma _____	15
2.2 – Acções de Divulgação _____	16
2.3 – Panfleto CEAMPS _____	17
 3 - Centro de Apoio Médico, Psicológico e Social	
(CAMPS) _____	19
3.1 – Casos Urgentes _____	20
3.2 – Equipa Clínica _____	23
3.3 – Consulta de Triagem _____	23
3.4 – O Papel do Psicólogo _____	23
 4 – Intervenção _____	
4.1 – Intervenção Individual _____	24
4.1.1 – Supervisão _____	31
4.1.2 – Caso Prático INT1 _____	32
4.1.2.1 – Suporte teórico PTSD _____	32
4.2.1.2 – Caso Prático PTSD _____	71
 4.2 – Intervenção em Grupo _____	
4.2.1 – Grupo Psicoterapêutico _____	84
4.2.1.1 – Parecer Psiquiátrico _____	85
4.2.1.2 – Entrevista de Motivação _____	85
4.2.1.3 – Avaliação Psicológica _____	86

4.2.1.4 – Local de Funcionamento _____	87
4.2.1.5 – Funcionamento do Gp _____	87
4.2.1.6 – Papel do técnico _____	89
4.2.1.7 – Intervenção Prática Gp1 _____	90
4.2.1.8 – Reflexão _____	130
4.2.2 – Grupos de Auto – Ajuda (GAA) _____	131
4.2.2.1 – Tipos de GAA _____	132
4.2.2.2 – Criação de GAA _____	132
4.2.2.3 – Pesquisa de Modelos _____	133
4.2.2.4 – Identificação dos Participantes _____	133
4.2.2.5 – Funções do GAA _____	134
4.2.2.6 – Clarificação dos técnicos _____	134
4.2.2.7 – Primeira Sessão _____	134
4.2.2.8 – Ambiente _____	135
4.2.2.9 – Desenvolvimento GAA _____	135
4.2.2.10 – Total de GAA do CAMPS Lisboa _____	136
4.2.2.11 – Guião de Apoio à Família Combatente _____	137

5 – Orientação de Estágio Curricular de aluno finalista

de Psicologia Clínica _____	137
------------------------------------	------------

6- Avaliação Psicológica _____	138
---------------------------------------	------------

6.1 – Descrição das Provas Psicológicas _____	140
---	-----

6.2 – Modelo 1 e Modelo 2 _____	156
---------------------------------	-----

6.3 – Caso Prático AV1 _____	157
------------------------------	-----

7 – Centro de Apoio à Inclusão Social

(CAIS) _____	165
--------------	-----

7.1 – Combatentes Sem-Abrigo _____	165
------------------------------------	-----

7.2 – Equipas de Rua _____	166
----------------------------	-----

7.3 – Banco de Voluntariado _____	169
-----------------------------------	-----

7.4 – Panfleto Voluntariado _____	169
-----------------------------------	-----

7.5 – Material Cedido pelos Ramos das Forças Armadas _____	170
--	-----

7.6 - Reuniões Equipas de Rua de Lisboa _____	171
---	-----

7.7 – Caso Prático SA1 _____	173
------------------------------	-----

7.8 – Visitas Domiciliárias _____	181
-----------------------------------	-----

8- Centro de Estudos e Projectos de Investigação (CEPI) _____	181
8.1 - Estudo 1 - Vulnerabilidades entre Combatentes do Ultramar e Prisioneiros de Guerra do Antigo Estado Português da Índia _____	182
8.2 - Estudo 2 – Caracterização Sócio- Demográfica da População Combatente e Pervalência de PTSD _____	189
8. 3– Limitações dos Estudos _____	191
8.4 – Vantagens dos Estudos _____	192
8. 5 – Estudo 3 – Estudo Comparativo do Período de 1967 a 1971 da Guerra Colonial Portuguesa _____	193

II Parte

1 - Hospital da Marinha (HM) e Centro de Medicina Hiperbárica do HM

1.1 – História e Caracterização _____	188
1.2 – Estrutura e Funcionalidade _____	194
1.3 – Departamento e Serviços do HM _____	195
1.4 – Funcionamento do HM _____	200
1.5 – Enfermarias _____	201
1.6 – O Serviço de Psicologia _____	202
1.6.1 – Localização _____	203
1.6.2 – Horário _____	206
1.6.3 – A equipa de psicologia _____	206
1.6.4 – Marcação de Consulta _____	207
1.6.5 – Actividades Desenvolvidas _____	208
1.6.6 – Testes Psicológicos _____	211
1.6.7 – Supervisão _____	214
1.6.8 – Primeira Consulta _____	214

2 – O papel do psicólogo no HM _____	224
3 – Intervenção Psicológica _____	227
3.1 –Caso Prático INT 1 _____	227
3.1.1 –Suporte Teórico P. Borderline _____	227
3.1.2 – Caso Clínico _____	251
3.2 – Caso Prático INT2 _____	272
3.2.1 – Suporte Teórico Fobia Dormir Sozinho _____	272
3.2.2 – Caso Clínico _____	273
4 – Investigação _____	298
4.1 – <u>Estudo 1</u> – “Influência da Oxigenoterapia Hiperbárica nas Funções N Neuropsicológicas (Atenção, Concentração e Memória) em Intoxicados com Monóxido de Carbono” _____	298
4.2 – Apresentação Congresso _____	307
4.3 –Acções de Formação _____	307
4.4 – Panfleto Informativo de Prevenção _____	307
5 – Conclusão _____	310
6 – Bibliografia _____	311
7 – Anexos _____	322

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende evidenciar as principais competências adquiridas, enquanto profissional de Psicologia Clínica e da Saúde desde a finalização da Licenciatura.

São abordados dois momentos distintos de formação integrada:

1 –Estágio Curricular realizado no serviço de Psicologia do Hospital da Marinha e no Centro de Medicina Hiperbárica do mesmo (2006/2007) e,

2 –Estágio Profissional em frequência no Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes.

Ambos os contextos apresentam algumas semelhanças entre si mas também marcadas diferenças no que respeita a diferentes tipos de abordagens e métodos de intervenção, tal como a possibilidade de contacto com um leque diversificado de provas psicológicas adequadas a várias problemáticas.

Da mesma forma foi também possível em ambos os locais de estágio explorar a vertente da Investigação Científica em áreas distintas contribuindo para um conhecimento cada vez mais aprofundado de técnicas e sugestões a um diagnóstico e intervenção mais adequados.

I Parte

A Liga dos Combatentes

História e Caracterização

Após a I Grande Guerra os combatentes, esperançados por um são espírito de fraternidade, sentem a obrigação de se associar para defenderem os seus interesses e ajudarem os inválidos de guerra, as viúvas e os órfãos, como aliás já se fazia noutros Países.

Entretanto aparece João Jayme de Faria Affonso, com espírito trabalhador e decidido, que se dispôs a enfrentar a árdua tarefa e, em fins de 1919, começa a empenhar-se para a criação da associação dos combatentes. Esta primeira tentativa não é aclamada com êxito. O desânimo, a falta de união e solidariedade que se notava na Nação tinham também afectado os homens da guerra, e a intenção da Faria Affonso foi fracassada. Mas como era um homem persistente e insistente nas suas resoluções não desistiu.

Entretanto, foram sendo organizadas associações regionais de combatentes, em que a primeira foi em Pinhel.

Em 1921 Faria Affonso renova os seus objectivos e as suas intenções, com mais coragem e mais esperança no êxito. Agregou a si o então primeiro-tenente Horácio Faria Pereira, beneficiando das suas qualidades de inteligência, de trabalho e de persistência do tenente Joaquim de Figueiredo Ministro. E constituíram-se em comissão, com o apoio dos bravos tenentes-coronéis Ferreira do Amaral e Francisco Aragão.

Faria Affonso propôs as bases dos estatutos, bases essas que Faria Pereira desenvolveu muitíssimo organizadas, e que depois foram submetidas à análise de vários combatentes.

Em 1923 realizou-se uma reunião importante de onde saíram os primeiros corpos directivos. Em 29 de Janeiro de 1924, pela Portaria n.º 3888, é oficializada a Liga com o nome Liga dos Combatentes da Grande Guerra. Em 16 de Março de 1929 é aclamado o Estandarte da Liga, e autorizado o seu uso em actos oficiais. Em 16 de Dezembro de 1975 a Liga toma a designação de Liga dos Combatentes, uma vez que a sua acção também se alargou aos militares que serviram nas ilhas Adjacentes e no Ultramar, em períodos de emergência.

A Liga inicia a sua actividade no escritório de Faria Affonso, na Rua de S. Paulo, contando em 1923 catorze agências, oito sub-agências e cinquenta e três delegações, no total de três mil sócios. Em 1 de Fevereiro de 1924 foi inaugurada a nova sede, numa vasta sala da Direcção da Arma de Aeronáutica, no Largo da Trindade e só em 20 de Setembro de 1926 é que a Liga, por gentileza da «Cruzada das Mulheres Portuguesas» se instalou na sede actual, na Calçada dos Caetanos, Hoje Rua João Pereira da Rosa. Foi um longo período de trabalho em que os seus fundadores e direcções seguintes, tiveram que desempenhar para que a Liga fosse uma grande instituição tal como ainda o é hoje em dia.

A acção social da Liga representou e representa um esforço de solidariedade humana e devoção patriótica de que legitimamente se orgulha a Liga dos Combatentes. A assistência às vítimas das guerras, a protecção e o auxílio aos combatentes sem recursos e às famílias, a educação dos seus filhos e a prática de actos patrióticos sempre foram as preocupações dominantes da Liga, condicionadas às possibilidades financeiras. A Liga também desenvolveu uma assistência moral em que encaminha as petições que lhe são presentes, defende junto dos órgãos responsáveis a posição dos combatentes no sentido de lhes resolver os problemas face à justiça das pretensões e também esclarecer os combatentes e os seus familiares dos seus direitos. A acção social também sugere e propõe soluções que completem e complementem as medidas adoptadas pelos departamentos, governamentais e outros, para assistência aos combatentes em situação de maior necessidade ou deficiência.

A finalidade da Liga dos Combatentes sempre foi a mesma, prestando protecção e auxílio mútuos assim como a defesa dos legítimos interesses espirituais, morais e materiais dos que cumpriram ou vierem a cumprir os seus deveres militares, estendendo-se estes fins aos seus familiares que se encontrem de algum modo carecidos e necessitando de ajuda. Instruir o Governo da República não só a atender às necessidades dos seus associados, como também a recompensar aqueles a quem a Pátria deva distinguir por efeitos ou méritos relativos aos serviços prestados. Também tem como finalidade criar, manter e desenvolver, em todo o território nacional, departamentos ou estabelecimentos educacionais, culturais, de trabalho e de assistência, em benefício geral do Nação e directo dos seus associados.

Órgãos Sociais da Liga dos Combatentes

Os membros eleitos dos Órgãos Sociais da Liga dos Combatentes (anexo 4), com excepção dos membros do conselho supremo, têm mandatos de três anos de duração podendo ser reeleitos.

O Conselho Supremo é composto por dezassete elementos, sendo o presidente o General Altino de Magalhães. O Conselho Supremo é o órgão aconselhador do mais alto nível da Liga dos Combatentes para todos os assuntos relacionados com a actuação, funcionamento e organização da Instituição. Tem como presidente de honra o Presidente da República e como vogais honorários, o Ministro da Defesa Nacional, o Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas e os Chefes dos Estados-Maiores dos ramos das Forças Armadas. Compete ao Conselho Supremo garantir a fidelidade da Liga dos Combatentes e emitir decisões por sua iniciativa ou sobre quaisquer questões colocadas à sua consideração por solicitação da Assembleia-Geral e da Direcção Central; compete também propor à Direcção Central, quando o julgue necessário, as alterações ao estatuto ou ao regulamento geral de funcionamento da Liga dos Combatentes; e têm também como objectivo sensibilizar os órgãos de soberania e da Administração Pública para o apoio ao desenvolvimento da Liga dos Combatentes.

A Assembleia-Geral é constituída por três elementos, sendo regida por o Presidente de mesa o General Jorge Manuel Brochado Miranda. É o órgão deliberativo máximo da Liga dos Combatentes e é constituída por membros efectivos do conselho supremo; sócios honorários e Presidentes das direcções dos Núcleos.

Compete à Assembleia-geral, garantir a unidade e a solidariedade institucional da Liga dos Combatentes em todo o território nacional e no estrangeiro, onde existam núcleos constituídos; investigar e aprovar os relatórios anuais de actividade e contas apresentadas pela direcção central, após prévia apreciação e avaliação do conselho fiscal; aprovar, por maioria de dois terços dos votos dos seus membros, o regulamento geral de funcionamento da Liga dos Combatentes e respectivas alterações; eleger os membros para o conselho supremo a assembleia-geral pode investir no sócio eleito para presidente da direcção central a escolha e nomeação dos restantes membros da direcção central; e pode também analisar e aprovar a celebração pela direcção central de acordos ou contratos que envolvam alteração da composição do património imobiliário da Liga dos Combatentes.

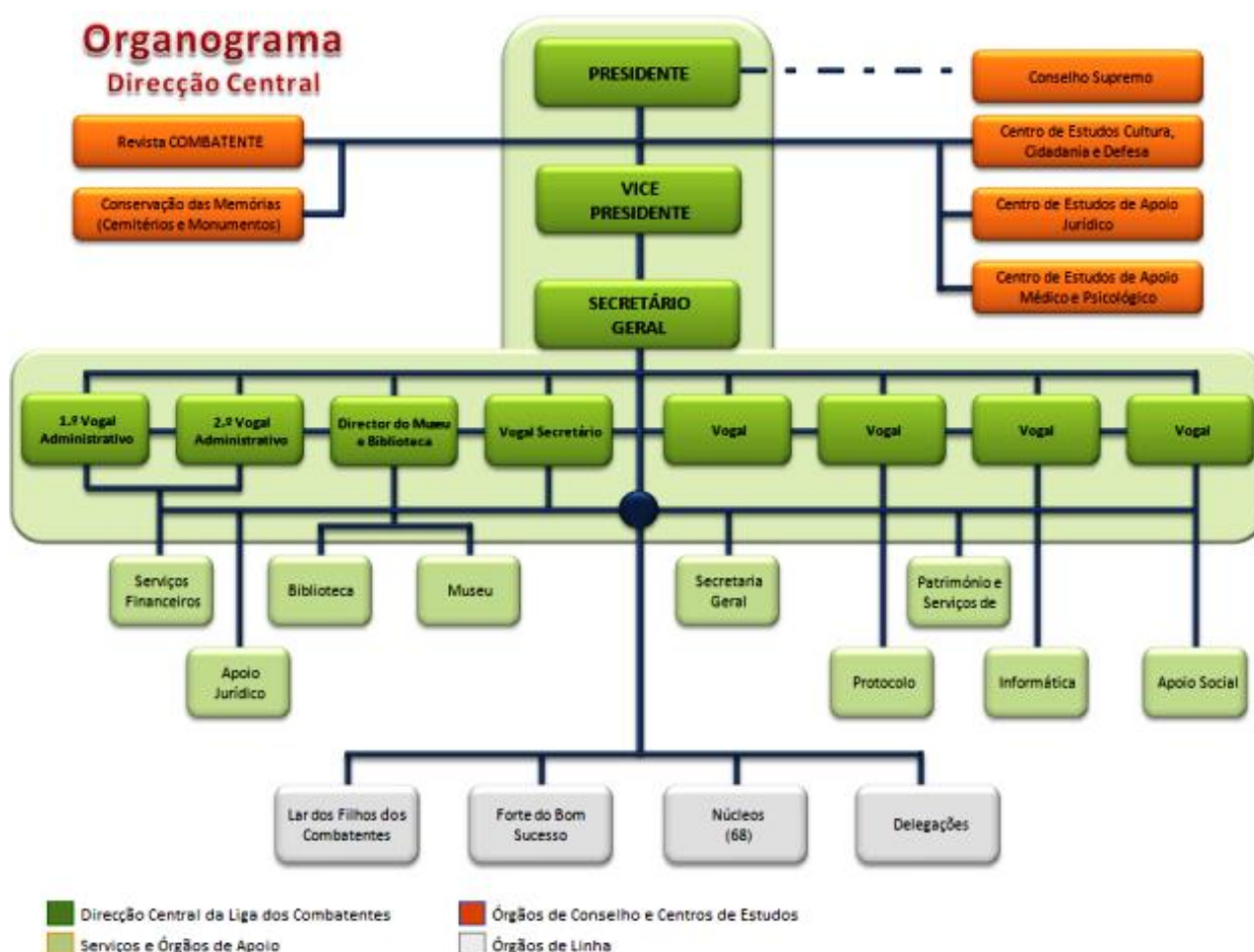
A Direcção Central é o órgão executivo máximo da Liga dos Combatentes, compete administrar, dirigir e coordenar os assuntos que respeitem à vida e actividade da Liga dos Combatentes; gerir o património da Liga dos Combatentes praticando

todos os actos de mera administração e os actos de disposição que não envolvam o seu património imobiliário; compete elaborar as propostas de alteração ao estatuto e ao regulamento geral de funcionamento para apreciação e aprovação da Assembleia-Geral, após prévia audição do conselho supremo; executar e fazer executar as deliberações da Assembleia-Geral; apreciar e decidir sobre os pareceres do Conselho Supremo; elaborar os orçamentos e os planos de actividades, submetendo-os ao parecer do Conselho Fiscal; estabelecer o quadro de pessoal da Liga dos Combatentes.

Compete ao presidente da direcção central representar a Liga dos Combatentes, designadamente nas relações com entidades oficiais, nacionais ou estrangeiras.

O Conselho Fiscal é dirigido por o presidente Dr. Leonel Fialho Raposo e por quatro vogais. O conselho fiscal é um órgão de acompanhamento e fiscalização da gestão financeira e patrimonial da Liga dos Combatentes.

Organograma 1 – Representação da organização da Direcção Central da LC.



Núcleos museológicos

A Liga dos Combatentes tem também uma organização de núcleos museológicos do museu da Liga dos Combatentes onde podemos ter em consideração entre muitos museus e monumentos, o Forte do Bom Sucesso em Belém. O Forte do Bom Sucesso, junto à Torre de Belém, é o núcleo museológico mais significativo da Liga dos Combatentes, começou a ser construído em 1780. Desempenhou um papel importante na nossa História Pátria na primeira década do século dezanove, no sector das Guerras Peninsulares e da implantação do Liberalismo, em pleno período da fundação das garantias Constitucionais e Cívicas no nosso país, e em 1994 o Forte integrou o Monumento Nacional aos Combatentes do Ultramar. Este novo património arquitectónico e simbólico do Forte da Liga dos Combatentes demonstra o permanente reconhecimento dos Portugueses aos combatentes pela Pátria; pode-se também referir a Sede Central da Liga dos Combatentes, no Bairro Alto em Lisboa, um conjunto de Salas Museu dedicadas aos Símbolos do Combatente. Nelas se exibem bandeiras, estandartes, guiões, medalhas e condecorações doadas por antigos combatentes, uniformes e equipamento dos beligerantes da primeira Grande Guerra e das campanhas do Ultramar, tem peças de “arte das trincheiras” construídas pelos militares com os despojos da guerra, armamento ligeiro dos séculos dezanove e vinte, além de uma vasta colecção de iconografia militar, incluindo quadros e muitas outras obras de arte, ofertas de combatentes.

A Liga e os seus Núcleos

A Liga dos Combatentes é uma pessoa colectiva de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos, de ideal patriótico e de carácter social, dotada de plena capacidade jurídica para a prossecução dos seus objectivos. A Liga dos Combatentes exerce a sua actividade sob a tutela do Ministério da Defesa Nacional. Em Portugal existem 70 núcleos da Liga dos Combatentes espalhados por todo o país, sendo a sede principal em Lisboa na Rua João Pereira de Rosa na zona do Bairro Alto.



Figura 1 – Distribuição dos Núcleos da Liga dos Combatentes por Portugal.

A Liga dos Combatentes existe em Abrantes, Alcácer do Sal, Alcobaça, Almada, Angra do Heroísmo, Aveiras de Cima, Aveiro, Azambuja, Batalha, Beja, Belmonte, Braga, Bragança, Caldas da Rainha, Castelo Branco, Chaves, Coimbra, Covilhã, Elvas, Entroncamento, Espinho, Estremoz, Évora, Faro, Figueira de Foz, Funchal, Guarda, Portimão, Lagos, Lamego, Leiria, Lisboa, Loulé, Mafra, Manteigas, Marinha Grande, Meda, Monção, Montargil, Montemor –o – novo, Montijo, Mora, Cascais, Olhão, Oliveira de Azeméis, Oliveira do Bairro, Penafiel, Pinhel, Ponta Delgada, Portalegre, Porto, Póvoa do Varzim, Queluz, Reguengos de Monsaraz, Rio Maior, Santarém, Sesimbra, Setúbal, Sintra, Tavira, Tomar, Torres Novas, Valença, Vendas Novas, Viana do Castelo, Vila Franca de Xira, Vila Real, Vila Real de Santo António, Vinhas e Viseu. A liga tem também quatro núcleos no estrangeiro em Sallaumines (França), em S. Vicente (Cabo Verde), em Ontário e Winnipeg (Canadá).

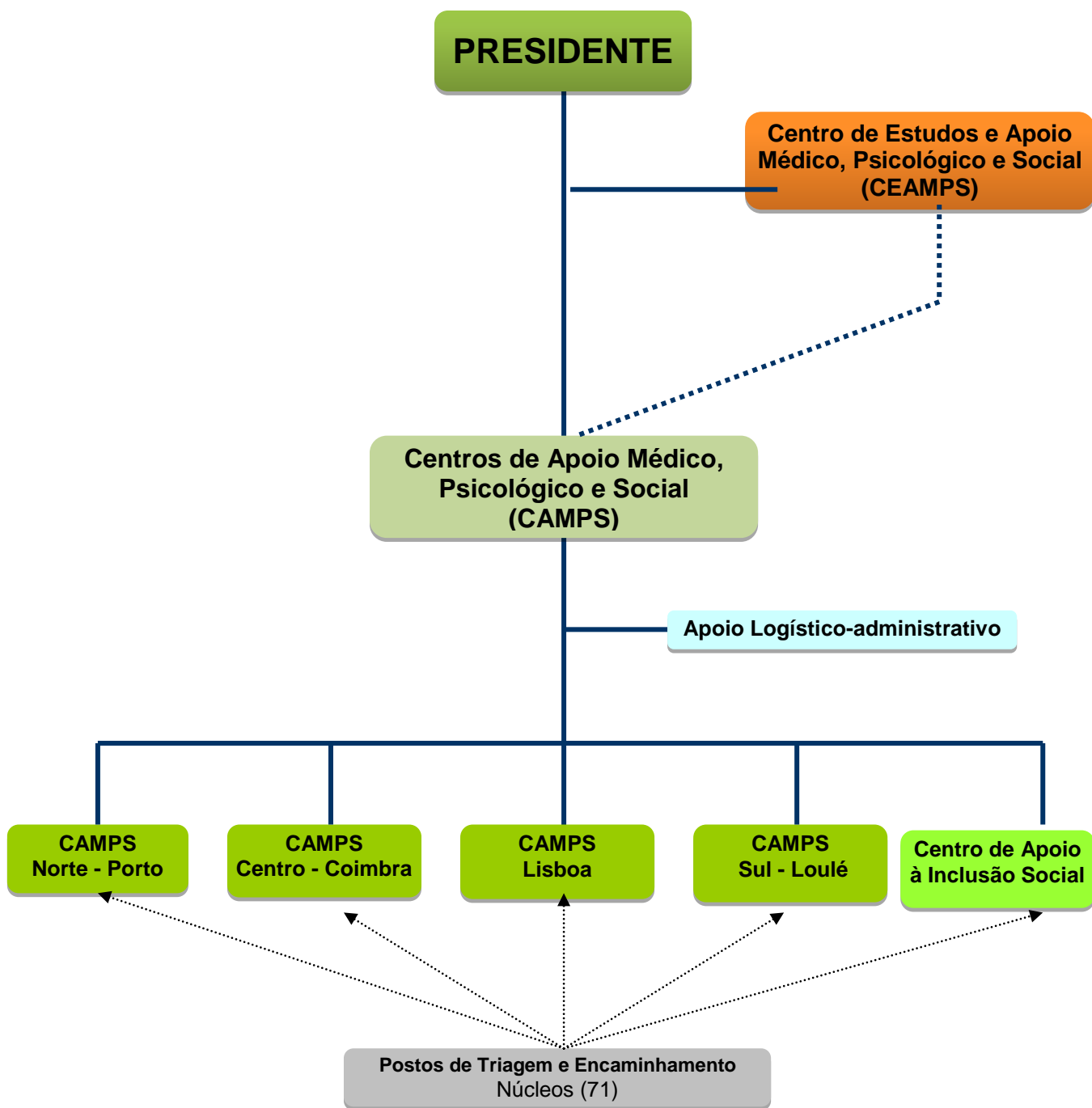
Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social (CEAMPS)

Da Liga dos Combatentes

O Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social (CEAMPS) é um serviço da Liga dos Combatentes, que teve o seu início oficial a 16 de Outubro de 2008. Trata-se de um órgão de apoio e aconselhamento da Direcção Central, e tem como objectivo desenvolver, promover e realizar estudos e projectos de investigação, na área da medicina, psicologia e serviço social tendo em consideração os objectivos e necessidades da Liga dos Combatentes e dos combatentes em geral; outro dos objectivos é estudar e reflectir sobre a legislação existente, em resposta aos combatentes; tem também como propósito recolher todos os elementos escritos ou registados em qualquer outro suporte (óptico, magnético entre outros) com o fim de aumentar as fontes de análise e pesquisa à sua disposição e enriquecimento do património próprio ou da biblioteca da Liga; tem ainda como objectivo promover a cooperação e parcerias entre a Liga dos Combatentes e outras Instituições assim como promover a divulgação de estudos e projectos de investigação, relacionados com a saúde, fundamentalmente do âmbito militar.

O CEAMPS para além de órgão de apoio e aconselhamento tem também funções executivas. Desenvolve a sua acção através do Centro de Estudos e Projectos de Investigação (CEPI), dos Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS) e do Centro de Apoio à Inclusão Social (CAIS), de acordo com o Organograma que se segue:

Organograma 2 - Estrutura Orgânica e Funcional do CEAMPS



CEAMPS – Órgão de Aconselhamento Médico, Psicológico e Social da DC
CAMPS + CAIS – Órgãos Executivos

Para além dos CAMPS descritos estão ainda a ser estruturados mais três CAMPS: Chaves, Covilhã/Manteigas e Estremoz, como forma de poder chegar às zonas mais interiores do país possibilitando uma crescente resposta de proximidade.

Acções de divulgação

O CEAMPS realiza diversas acções de divulgação da estrutura e funcionalidade dos seus variados serviços. A equipa que promove estas acções é constituída geralmente por dois técnicos do CAMPS de Lisboa e um representante da Direcção Central da Liga dos Combatentes.

Fundamentalmente estas acções são promovidas no âmbito dos seus Núcleos espalhados por todo o país, quer em acontecimentos particulares e restritos, de maior ou menor dimensão, em Mostras de actividade locais, por exemplo, com o envolvimento de Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais, e outras instituições locais.

O que se pretende é que dar a conhecer qual a direcção do projecto implementado e alertar as populações para as particularidades da população alvo a que se destina. Desempenha também um papel primordial na desmistificação do conceito de Stress Pós-traumático e esclarecer que este serviço não se destina exclusivamente a pessoas com esta sintomatologia mas que a condição para recorrer a este serviço é ter sido combatente independentemente das queixas que o motivem.

As sessões de divulgação são também estendidas a Universidades com especial enfoque nas problemáticas psico-sociais subjacentes a esta população tal como a potenciais resultados de estudos realizados neste âmbito.

De destacar a acção de divulgação realizada em Loulé onde estiveram envolvidas a maioria das instituições da comunidade envolvente e onde foi possível angariar fundos que possibilitaram a compra de um meio de transporte para as equipas de Rua e Visitas Domiciliárias do CAMPS de Loulé. Encontram-se descritos no quando que se segue as principais acções de divulgação e conferências realizadas pelo CAMPS – Lisboa.

Local de Apresentação

Câmara Municipal de Loulé

Mostra de Actividades de Oliveira do
Bairro

Universidade Lusófona de Lisboa

Associação Social Exército de Salvação

Associação Movimento ao Serviço da
Vida

Quadro 1 – Apresentações de trabalhos e Acções de divulgação do CEAMPS.

Tema da Apresentação

Apresentação do Projecto CEAMPS e
em específico do CAMPS – Loulé.*

“Lei 9/2002 – Stress Pós-Traumático de
Guerra”.*

Conferência “Os Combatentes Sem-
Abrigo” englobado nas II Jornadas de
Psicologia Clínica e da Saúde –
Intervenção em tempos de recessão.*

Apresentação CAMPS – Lisboa e
Equipas de Rua: Os Sem-Abrigo.*

Apresentação CAMPS – Lisboa e
Equipas de Rua: Os Sem-Abrigo.*

* Todas as Apresentações encontram-se disponíveis em suporte informático (Anexo1).

Centros de Apoio Médico Psicológico e Social

CAMPS – Lisboa e Vale do Tejo
Rua João Pereira da Rosa, 18
1249-032 Lisboa
Tel.: 213425151 / 213468245/6
Email: ceamps.lc@gmail.com

CAMPS – Zona Centro
Rua da Sofia, 136
3000-389 – Núcleo de Coimbra
Tel.: 239823376

CAMPS – Zona Norte
Rua da Alegria, 39
4000-041 – Núcleo do Porto
Tel.: 222006101

CAMPS – Zona Sul e Algarve
Rua Eng.º Barata Correia, 139
8100-560 – Núcleo de Loulé
Tel.: 289413726
Email: núcleo.loule@gmail.com

Centro de Estudos Apoio Médico, Psicológico e Social

Contactos:
Geral: 213468245 /6
Coordenação: 21342 51 51
Linha SOS: 926 470 058

LIGA DOS COMBATENTES

Se as guerras nascerem na mente dos homens, é na mente dos homens que devem ser construídos os baluartes da paz

LIGA DOS COMBATENTES

*Liga dos combatentes valerosos permanentes
Liga dos combatentes em todas as frentes*

LIGA DOS COMBATENTES — Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social

Quem somos?

A Liga dos Combatentes (LC) foi fundada em 1921 por combatentes portugueses da I Grande Guerra, e oficializada em 16 de Outubro de 1923, com espírito de fraternidade, sentindo o imperativo de se associar para defenderem os seus interesses e ajudarem os inválidos de guerra, as viúvas e os órfãos.

É uma pessoa colectiva, de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos, equiparada a IPSS, de ideais patrióticos e carácter social dotado de plena capacidade jurídica, para a prossecução dos seus objectivos. Exerce a sua actividade sob a tutela do Ministério da Defesa Nacional.

Objectivos:

- Promover a prestação e auxílio mútuo e a defesa dos legítimos interesses espirituais, morais e materiais dos Combatentes;
- Cooperar com outras entidades no que respeita à adopção de medidas de assistência a situações de carência económica;

"HONRAR OS MORTOS, SERVIR OS VIVOS E EXALTAR A PÁTRIA"

Quem somos e o que fazemos?

Em 2004 foi criado o Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social (CEAMPS) com o objectivo de apoiar os combatentes e famílias.

Em 2008 a LC, através do CEAMPS, implementou o Projecto "Perturbação de Stress Pós-Traumático / Cuidados de Saúde" no âmbito do Apoio Médico, Psicológico e Social.

A LC celebrou um protocolo com o Ministério da Defesa Nacional, no âmbito da Rede Nacional de Apoio aos combatentes com problemas de "stress de guerra" e stress na vida do militar, e outras patologias associadas.

O CEAMPS desenvolve a sua acção através do Centro de Estudos e Projectos de Investigação (CEPI), dos Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS) e do Centro de Apoio à Inclusão Social (CAIS).

Nota: Através do Ministério da Defesa Nacional e em colaboração com a Direcção Regional de Saúde das Ilhas da Madeira e Açores pretendemos, em breve, encontrar respostas de apoio para os combatentes e famílias dos Núcleos do Funchal, Ponta Delgada e Terceira.

Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS)

Os 4 CAMPS (Lisboa e Vale do Tejo – Lisboa; Coimbra – Centro; Porto – Norte, CAMPS Sul e Algarve – Loulé) dão resposta a nível nacional através do trabalho em rede com os 72 Núcleos da LC. Os Núcleos funcionam como postos de triagem e encaminhamento.

As equipas dos CAMPS são multidisciplinares. Integram profissionais da área da medicina, psiquiatria, psicologia, serviço social, reabilitação e enfermagem, centradas no combatente e sua família. Intervimos a nível individual, e em grupos psicoterapêuticos e de auto-ajuda.

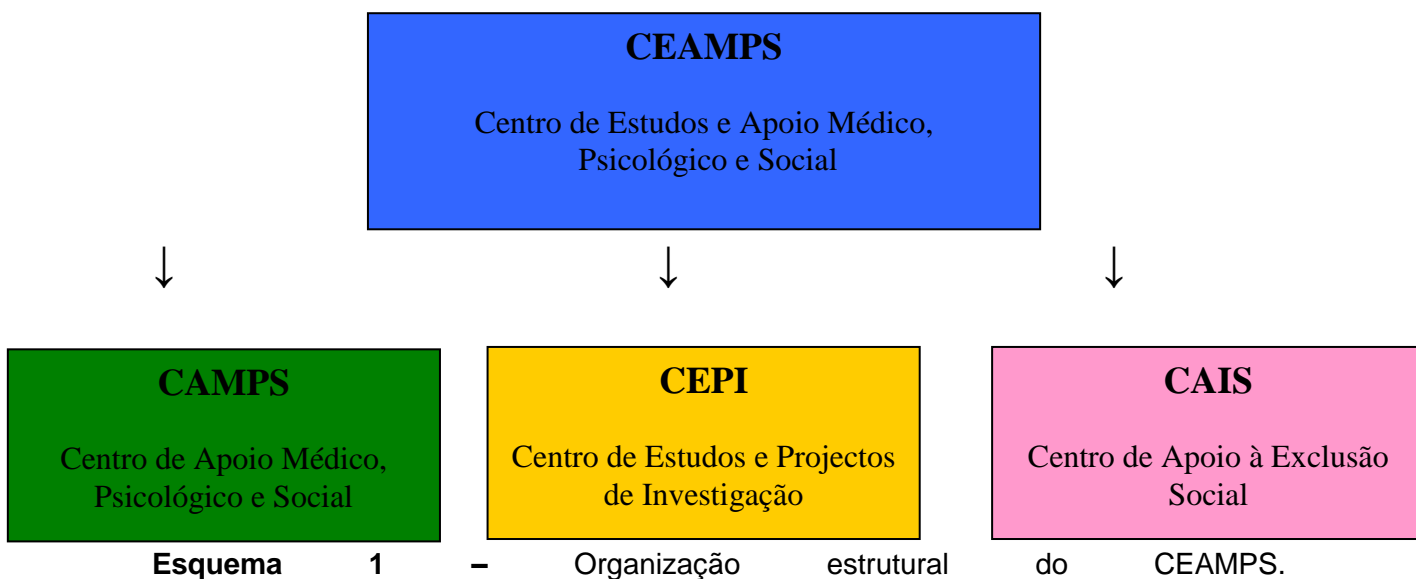
Centros de Apoio à Inclusão Social (CAIS)

O CAIS destina-se a apoiar os combatentes e famílias de combatentes em situação de pobreza e em risco de exclusão social (sem-abrigo, toxicod dependentes e alcoólicos), promovendo caminhos para uma verdadeira inclusão social.

As nossas equipas de rua realizam apoio domiciliário e trabalho de rua, em parceria com outras Instituições e actores locais, potenciando respostas de proximidade.

Panfleto 1 – Informação sobre a estrutura e funções do CEAMPS.

Como já foi referido anteriormente o CEAMPS é constituído por três estruturas diferenciadas e dinâmicas entre si, cada uma com uma orientação específica, mais concretamente: Os Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS), O Centro de Apoio à Exclusão Social (CAIS) e o Centro de Estudos e Projectos de Investigação (CEPI).



Centro de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS)

Neste momento são quatro os CAMPS que se encontram activos (Lisboa e Vale do Tejo – Lisboa; Coimbra – para a zona Centro; Porto – zona Norte, CAMPS Sul e Algarve – Loulé) no sentido de dar resposta a nível nacional através do trabalho em rede com os 72 Núcleos da Liga dos Combatentes. Os Núcleos funcionam como postos de triagem e encaminhamento para os CAMPS numa perspectiva de proximidade. É da sua responsabilidade o preenchimento do Pré-Diagnóstico (Anexo 2) o qual permite um primeiro contacto com o utente e um conhecimento mais aprofundado da situação. O Pré – Diagnóstico é posteriormente enviado para o CAMPS mais próximo da sua residência e o utente é chamado para uma consulta de Triagem Psicossocial efectuada pela equipa técnica do CAMPS.

Esta Consulta de Triagem é efectuada nas instalações do CAMPS mais próximo e em algumas regiões específicas (como é o caso de Abrantes, Sesimbra, Rio Maior e Entroncamento), asseguradas pelo CAMPS de Lisboa, podem ser efectuadas nas instalações dos próprios Núcleos caso apresentem condições adequadas.

Para além dos Núcleos existem outras estruturas que podem funcionar como pontos de Identificação/ Sinalização de Casos: outras instituições de solidariedade social, familiares, vizinhos, camaradas, questionários enviados (identificação de Casos Urgentes) e toda uma rede mais alargada de instituições que vai tendo conhecimento do projecto e da população a que se destina.

Casos Urgentes

Como será descrito aquando do Centro de Estudos e Projectos de Investigação da Liga dos Combatentes, para o estudo sobre a Caracterização Sócio- Demográfica e Prevalência de PTSD na população combatente, foi enviado o Questionário PTSD para preenchimento e envio para o CAMPS Lisboa. O que se foi verificando com a recepção dos questionários foi que estes mais do que simples provas psicológicas tinham subjacentes pedidos de apoio explícitos. Assim como forma de dar resposta às suas necessidades e chegar a combatentes e famílias que de outra forma serám de bastante difícil acesso foi criado um sistema de Casos Urgentes. Estes casos foram

organizados de acordo com a sintomatologia descrita nos questionários e organizados segundo uma classificação de prioridades:

P1 – Muito Urgente

P2 – Urgente

P3 – Contactar

P4 – Não Urgente

Tendo em conta esta classificação os sujeitos eram contactados e verificava-se a disponibilidade para comparecerem no CAMPS para uma Consulta de Triagem.

CASOS SINALIZADOS PELOS QUESTIONÁRIOS (600)

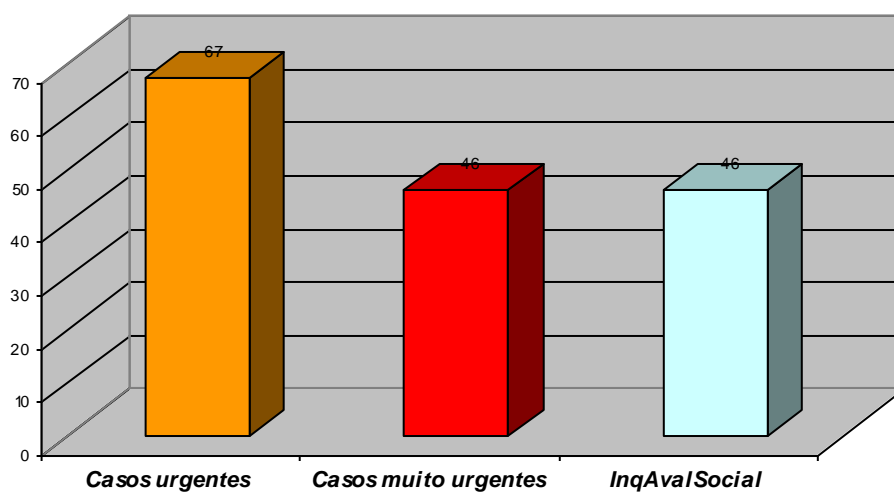


Gráfico 1 – Número de Casos Urgentes e Muito Urgentes sinalizados de um total de 600 Questionários PTSD recepcionados até Abril de 2009.

De entre os casos os casos Urgentes e Muito Urgentes chamados para Triagem verificou-se uma adesão de 100% e uma constatação da necessidade de apoio psicossocial evidenciada nos Questionários.

1 - Pontos de Identificação/ Sinalização de Casos

(Núcleos, Camaradas, Familiares, Instituições carácter social, questionários etc.)

2 - Pré – Diagnóstico

(Descrição das condições gerais sociais e clínicas do sujeito)

3 -CAMPS

(Identificação do Caso)

4 - Consulta de Triagem

(Psicossocial)

5 - Encaminhamento

(CAMPS ou instituições locais)

Esquema 2 – Etapas efectuadas desde a identificação de um caso que necessite de apoio até ao seu encaminhamento para instituições/tratamento adequados.

A Equipa CAMPS - Lisboa

O CAMPS Lisboa apresenta a constituição seguinte:

- Médico Cirurgião Tenente Coronel da Força Aérea (Director Clínico);
- Psiquiatra e Psicoterapeuta;
- Quatro Psicólogos Clínicos;
- Dois Assistentes Sociais;
- Dois Psicólogos e Psicoterapeutas (Formandos);
- Administrativa e
- Três voluntários.

Consulta de Triagem

A consulta de Triagem é realizada por dois técnicos da equipa clínica do CAMPS mais concretamente por um Psicólogo Clínico e por um Assistente Social. Tem por finalidade verificar quais as problemáticas mais emergentes do utente: sociais e/ou clínicas. É aberto um processo clínico e feito o encaminhamento para a intervenção mais adequada.

Esse encaminhamento quando possível pode ser feito para o CAMPS uma vez que as equipas dos CAMPS são multidisciplinares e integram profissionais da área da medicina, psiquiatria, psicologia, serviço social, reabilitação e enfermagem, centradas no combatente e sua família. O acompanhamento nos CAMPS apresenta ainda a mais valia de as consultas serem gratuitas.

Papel do Psicólogo na Liga dos Combatentes

O psicólogo intervém na Liga dos Combatentes através de consultas de triagem e consultas de acompanhamento, as consultas de triagem funcionam em modelo psicossocial tendo como finalidade a identificação dos problemas que afectam o paciente e o encaminhamento e acompanhamento mais adequado, pois é nas consultas de triagem que os utentes são sinalizados no caso de necessitarem de acompanhamento terapêutico. Para além da observação, nas consultas é utilizada como entrevista clínica, a entrevista semi-estruturada e são utilizados testes de

avaliação psicológica para uma melhor avaliação e identificação da psicopatologia e o impacto emocional da possível perturbação.

Nos CAMPS são também realizadas intervenções em grupo, por exemplo, os grupos de ajuda mútua para os ex-combatentes e esposas para analisar a sistematização de alguns indicadores de percepção da doença, características da personalidade, auto percepção, estratégias de coping, recursos pessoais e sociais, pretende-se também demonstrar as formas mais adequadas para lidar com a situação problemática dos maridos.

O psicólogo pode ainda colaborar nas burocracias existentes como por exemplo na reabertura de processos de atribuição, avaliação de incapacidade decorrente da exposição a cenários de guerra e no encaminhamento para outra instituição no caso de ser necessário.

É também integrado em equipas de voluntariado já existentes, que têm como finalidade sinalizar, ajudar e identificar ex-combatentes em situação de sem abrigo tendo acordos com o Exército, com a Marinha e outros para a cedência de material necessário para ajudar estes sem abrigo, fazendo também um trabalho no sentido da inclusão social com o objectivo principal de restituição de qualidade de vida, podendo esta passar pela institucionalização do utente, local para efectuar as refeições, encaminhamento para consultas clínicas adequadas, atribuição de roupa, passe de transporte e estabelecimento de uma rede sustentável com tendência para a sua autonomia. O psicólogo intervém também no serviço de apoio domiciliário a ex-combatentes e familiares carenciados e em risco de exclusão social.

A equipa do CEAMPS tem feito parceria com outras instituições, como a Comunidade Vida e Paz, Exército de Salvação e Movimento ao Serviço da Vida sendo realizadas reuniões de modo a que estas instituições possam sinalizar ex-combatentes, para que com a colaboração de todos seja mais eficaz a ajuda a ex-combatentes que necessitem de apoio. Estas reuniões têm ainda o papel de possibilitar um espaço de debate para regulamentação e implementação ao nível da Estratégia Nacional para os Sem – Abrigo.

Também estão a ser realizados estudos com a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e com a Universidade Autónoma de Lisboa desenvolvendo projectos ligados aos ex-combatentes.

A população alvo, como já foi referido, são os ex-combatentes e as suas famílias; não só aos que pela sua vivência de guerra desencadearam Perturbação de Stress Pós - Traumático, como também aos que manifestam ainda hoje perturbações mentais ou carências sociais variadas. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), a Perturbação de Stress Pós-Traumático é

caracterizada através do desenvolvimento de sintomas específicos a seguir à exposição a um stressor traumático extremo, implicando uma experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ferimento ou ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta do sujeito ao acontecimento deve envolver medo intenso, sentimento de incapacidade de obter ajuda ou horror. O comportamento a seguir ao acontecimento traumático vai ser sempre o evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma, embotamento geral da reactividade e sintomas persistentes de aumento de activação.

Intervenção

No CAMPS – Lisboa e Intervenção Psicológica envolve duas possibilidades de abordagens terapêuticas: a Intervenção individual e a Intervenção em Grupo.

Intervenção Individual

Os CAMPS dispõem de dois tipos de intervenção psicológica: individual e em grupo (de Auto – Ajuda e Psicoterapêutico).

A intervenção individual é assegurada por quatro psicólogos clínicos no CAMPS – Lisboa e destina-se, como grande parte do serviço do CEAMPS a combatentes e respectivas famílias. A maioria das consultas são realizadas quinzenalmente dada a limitação de recursos humanos que permitam dar resposta a todas as necessidades.

Desde o início do ano que a quantidade de consultas de acompanhamento individual tem vindo a aumentar.

CAMPS - Lisboa (Abr)

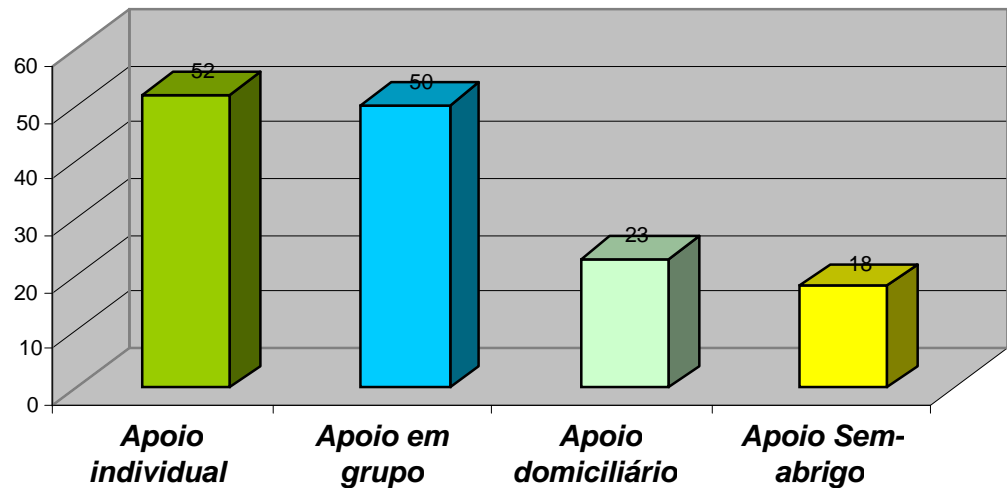


Gráfico 2 – Número total de Consultas Individuais, Apoio em Grupo; Apoio Domiciliário e Apoio a Sem – Abrigo realizados no CAMPS – Lisboa até Abril de 2009.

Pode verificar-se pela análise do gráfico que a maioria do apoio prestado pelo CAMPS Lisboa são em termos de apoio individual e de grupo, tendo estes dois um valor bastante aproximado (52 e 50 respectivamente). De acrescentar que este número tem vindo a aumentar ao longo do tempo, principalmente no que respeita ao apoio em grupo, que tem sido uma das grandes apostas do Projecto CEAMPS.

CASOS CLINICOS - Geral

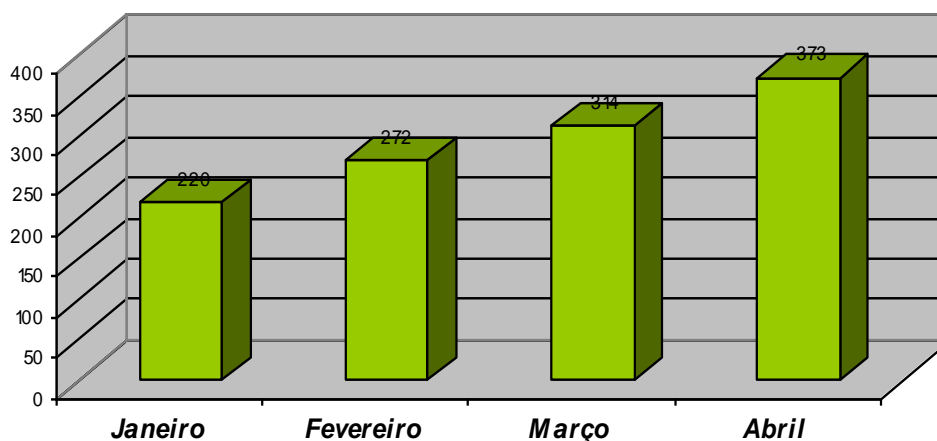


Gráfico 3 – Número de Casos Clínicos registados de Janeiro de 2009 a Abril de 2009.

De salientar que o número de casos clínicos registados tem vindo sempre a aumentar ao longo do tempo. Este factor pode dever-se a uma maior divulgação do serviço por parte de acções de divulgação (por exemplo, panfletos, palestras, site e de outros utentes do serviço, revista o “Combatente”); contacto de casos urgentes e casos de sócios que tinham contactado a Liga dos Combatentes em pedido de ajuda antes da existência do serviço; abertura da Linha de contacto S.O.S.

CASOS CLINICOS - CAMPS (30Abr)

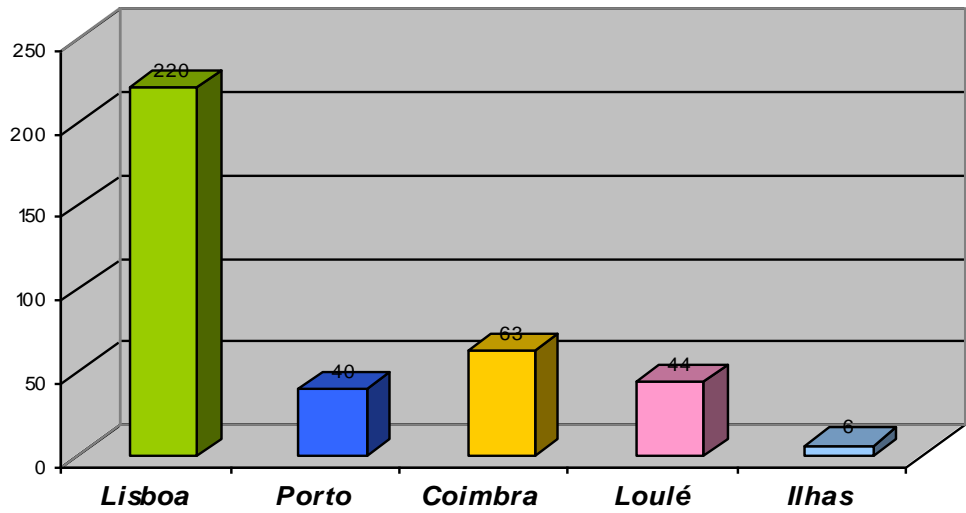


Gráfico 4 – Número de casos clínicos registados em cada um dos CAMPS activos.

Os números de casos clínicos apresentados dizem respeito aos casos identificados pelos respectivos CAMPS de Lisboa, Loulé, Porto e Coimbra. Apesar de ainda não se ter formado um CAMPS nas ilhas (Madeira e Açores) existe já a identificação de casos que necessitam de apoio psicossocial nesse território, o que levará a ponderar a necessidade de abertura de um CAMPS nas Ilhas.

A leitura da quantidade de casos registados por CAMPS é influenciada pelo tempo a que se deu a abertura do CAMPS respectivo, sendo que o de Lisboa é o que existe há mais tempo e que já mesmo antes da existência do CEAMPS tinha casos sinalizados por um departamento da Direcção Central.

ATENDIMENTOS E CONSULTAS

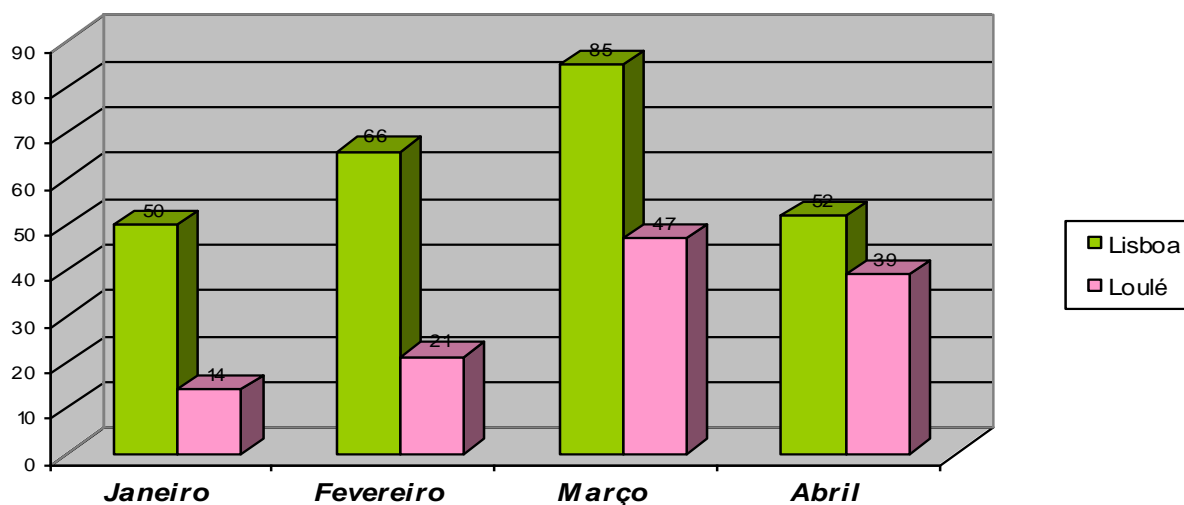


Gráfico 5 – Número total de atendimentos e consultas realizadas entre Janeiro e Abril de 2009 no CAMPS de Lisboa e de Loulé.

Os CAMPS de Lisboa e de Loulé foram os que começaram, até à data de Abril de 2009, efectivamente a sua acção. Neste gráfico é possível ter uma visão dos casos registos em cada um destes Centros de Apoio. O número superior de casos apresentados pelo CAMPS de Lisboa, para além de todas as razões apresentadas anteriormente, pode ser muito provavelmente também influenciada pela maior dimensão populacional da região e consequente maior número de combatentes e famílias (Núcleo de Lisboa tem o maior número de sócios).

De salientar que entre o mês de Março e de Abril existe uma diminuição do número de atendimentos e consultas no CAMPS de Lisboa e simultaneamente de Loulé. Este decréscimo prende-se com o facto de neste mês ter sido coincidente com o início da intervenção em grupo, tanto em Lisboa como em Loulé, o que justifica esta aparente diminuição de casos.

Se cruzarmos estes dados com o número de casos acompanhados nos Grupos de Auto-Ajuda e Psicoterapêuticos o que se verifica é um aumento do número total de casos de combatentes e família acompanhados.

Dos casos clínicos acompanhados individualmente no CAMPS Lisboa os que se seguem no Quadro 1 são assegurados por mim em Julho de 2009.

PACIENTE	DIAGNÓSTICO	ACOMPANHAMENTO
	PTSD guerra	
Combatente	Ideação Suicida	Psiquiatria/Psicoterapia
	Depressão Endócrina	Psicologia
Combatente	PTSD guerra	Psiquiatria/ Psicoterapia
		Psicologia
	PTSD guerra	Psiquiatria/ Psicoterapia
Combatente		Psicologia
Familiar	Depressão Major	Psicologia
	Transtorno de Pânico com	Psicologia
Combatente	Agorafobia	
		Psiquiatria / Psicoterapia
Combatente	Psicose	Psicologia
Combatente	Estado Depressivo	Psicologia
Combatente	Ansiedade	Psicologia
Familiar	Depressão	Psicologia
		Psicologia
Familiar	Ansiedade	Clínica Geral

Quadro 2 – Acompanhamentos individuais assegurados em Julho de 2009.

Supervisão

Todas as sextas-feiras das 14h às 17:30h há uma reunião clínica multidisciplinar que visa a discussão de casos e o ajustamento de aspectos de coordenação do Projecto CEAMPS. Nestas reuniões estão presentes, regra geral, todos os técnicos que integram a equipa do CAMPS Lisboa.

Este espaço proporciona a discussão de encaminhamentos e esclarecimento de dúvidas relacionadas com os casos clínicos acompanhados/observados/triados.

Para além desta reunião existe uma segunda que mensalmente, possibilita discussão de casos Clínicos sob a supervisão do Professor Doutor João Hipólito na Universidade Autónoma de Lisboa.

Formação

A formação é uma das apostas constantes do CEAMPS. No que respeita ao CAMPS Lisboa está a ser realizada a formação de dois técnicos em intervenção em Grupos Psicoterapêuticos, com a duração de dois anos.

Por outro lado todas as sextas-feiras à tarde há a possibilidade de assistir a apresentações de trabalhos na Universidade Autónoma de Lisboa.

Encontra-se também agendado para Setembro próximo um encontro de três dias com todos os técnicos que fazem parte dos diversos CAMPS por todo o país. Este encontro tem um carácter de formação em Counselling por parte da equipa técnica do Professor Doutor João Hipólito, tal como possibilitar um conhecimento entre todos os técnicos que englobam este projecto, troca de experiências e conhecimentos num ambiente militar (Base Aérea de Ovar) mas descontraído.

Caso Prático INT1

Suporte Teórico

A Ansiedade

De acordo com Graziani (2005) de um ponto de vista mais cognitivo, a ansiedade está presente onde o sujeito percebe um perigo ou uma ameaça. Ela é produto da avaliação cognitiva e corresponde a um conjunto de cognições e afectos perante uma situação ameaçadora: sentimento de apreensão, percepção de um perigo iminente, activação de diversos sistemas psicofisiológicos. A ansiedade facilita assim a adaptação, ainda que seja desagradável: mobiliza recursos físicos e psicológicos para enfrentar aquilo que ameaça o sujeito, o que pode possibilitar transformações benéficas e facilitar o desenvolvimento e facilitar o desenvolvimento psicológico.

No entanto, a ansiedade pode perder a sua função adaptativa, tornando-se, por isso, patológica. Existe então uma manifestação por parte do sujeito de um medo difuso sem quaisquer perigos identificáveis correspondentes. Este processo patológico acaba por se tornar altamente desgastante e promotora de sofrimento para o sujeito (Graziani, 2005). Este autor defende ainda a existência de uma influência directa nos processos de atribuição de sentido e significado ao nível da experiência, sendo que são introduzidos enfiamentos e distorções recorrentes ao nível do processamento da informação – existe uma hipervigilância e uma constante antecipação do perigo que colocam o sujeito numa exaustiva procura de hipotéticos stressores.

Assim, a ansiedade foi definida como um estado emocional que possui uma constante e recorrente experiência subjectiva de medo ou de uma emoção próxima, sendo negativa, dirigida ao futuro, muitas vezes exagerada face ao estímulo desencadeador e apresenta sintomas manifestos e subjectivos a nível corporal (Graziani, 2005). A este nível, Eysenk (1992) refere também a presença da preocupação como sendo um fenómeno pelo qual a ansiedade se dirige ao futuro. Existe, portanto, um envolvimento directo com o sistema cognitivo assim como o seu conteúdo se refere principalmente a uma possível impossibilidade de concretização dos objectivos do sujeito. A preocupação surge assim como um mecanismo crucial na ansiedade, e que pode ser de especial importância ao nível do estabelecimento da ansiedade como um traço da personalidade.

Beck e colaboradores (1985) referidos por Graziani (2005) postulam que a ansiedade se refere a um processamento selectivo da informação e que é interpretada pelo sujeito como sendo uma ameaça ou um perigo ao seu próprio bem-estar e segurança. Portanto, conhecer a forma como a informação é tratada pelo sujeito é de particular importância na etiologia e tratamento das perturbações emocionais.

- Teoria de Beck

Beck *et. al.* (1985) iniciam a sua exposição sobre a Ansiedade, fazendo referência ao seu carácter paradoxal, isto porque, um sujeito traz involuntariamente à mente aquilo que mais teme, e sublinha, que o medo de um evento desagradável aumenta a probabilidade de este vir a acontecer.

Estes autores consideram, na ansiedade, a existência de uma interacção “stressante” que surge como resultado de um processo activo, que inclui análises contínuas, sucessões de interpretações e sucessões de um acontecimento externo. Nesta análise existe também uma interpretação dos custos ou das vantagens de um direccionamento para uma acção específica. Beck *et. al.* (1985) referem que, de facto, é na interpretação que reside a atribuição de sentido ao estímulo – este só é efectivamente nocivo se assim for interpretado pelo sujeito. Por outro lado, é consoante o tipo de acontecimento ocorrente e a sua respectiva avaliação que o sujeito é direccionado a tomar uma ou outra acção.

Beck *et al.* (1985) consideram como crucial para o funcionamento do sistema cognitivo – os esquemas. Rapidamente: Neisser (1976) citado por Graziani (2005) define os esquemas como sendo representações não específicas mas organizadas da experiência prévia que facilitam a recuperação mnésica. Apresentam-se como estruturas abstractas, estáveis e funcionais que regulam todas as fases do processamento de informação. Apesar de conseguirem manter uma harmonia estável no sistema cognitivo, são também capazes de “erigir” erros e distorções sistemáticas. Beck *et al.* (1985) seguem esta mesma linha de pensamento, e completam: *“quando esquemas específicos ou uma constelação de esquemas é activada, o seu conteúdo influencia directamente o conteúdo das percepções, interpretações, associações e memórias de uma pessoa num dado momento”*.

Se em condições normais o sistema cognitivo-comportamental-afectivo não gera qualquer problema, no caso deste sistema entrar num “funcionamento desordenado” verifica-se um tratamento disfuncional da informação. Estes autores defendem a existência de “pontos sensíveis”, em que, quando são atingidos, existe uma reacção categórica e brusca do pensamento. Aqui, tal como Power & Dalgleish (1997) defendem também, esta reacção surge quando o sujeito estima os seus objectivos podem ser impedidos de concretização, especialmente aquele que se refere à preservação da vida. Então, os esquemas activados – e que são característicos e específicos em e para cada sujeito, tornam-se hiperactivos e gradualmente inadequados se a mobilização afectivo-comportamental deles resultante for demasiado intensa e prolongada – como acontece no caso específico do Stress Pós-Traumático.

Existe, desta forma, uma selecção enviesada da informação a processar que conduz a erros conceptuais como hiper-generalização, exagero ou interpretações erradas. Este enviesamento selectivo pode ser encontrado desde o processamento cognitivo até à recuperação – mnésica, por exemplo – sendo o enviesamento resultante da activação de esquemas relevantes ou então da inibição do esquemas não relevantes para o conteúdo de um “modo”. Assim, nas perturbações da ansiedade, os esquemas utilizados para o processamento de informação vista como perigosa ou ameaçadora são hiperactivados, enquanto aqueles que são relevantes para a informação de segurança são inactivados (Beck et al., 1985).

Graziani (2005), lembrado Beck & Emery (1985), refere que estes postulam que durante o seu desenvolvimento, um sujeito, vai progressivamente formando um conjunto de esquemas que se constroem em função das suas interacções com o meio. Desta forma, e no decorrer destas interacções, os esquemas vão sendo gradualmente mais utilizados e por isso mesmo mais estruturados, sendo que vão acabar por se sedimentar e integrar, e incluem *“as recordações, as significações, as expectativas e as regras utilizadas pelo sujeito para analisar os dados provenientes do exterior e para os mobilizar na acção”*. Tais esquemas acabam por se alargar e generalizar, integrando informação sobre a personalidade do sujeito ou então mantêm-se restritos a estímulos específicos. Então, se um esquema é formado numa situação stressora, o que vai acontecer é que o sistema cognitivo vai utilizar o seu funcionamento primitivo (categórico, rígido e absoluto). Sendo que as constelações cognitivas primitivas se associam a estímulos específicos, então, então esta associação conduzirá a uma sensibilidade específica a esses mesmos estímulos – o que acabará por desencadear reacções exageradas e inadaptadas (Beck & Emery, 1985 cit Graziani, 2005).

McNally (1995) referido por Beck & Clark (1997) refere que existem dois tipos de processamento: um realizado de forma automática e outro de forma controlada, ou estratégica. Distinguímos de forma breve: (1) processos automáticos – involuntários, sem interferência da consciência, difíceis de parar e de regular, implica pouca capacidade de atenção ou processamento, tornam-se estereotipados e frequentes para tarefas familiares e implicam um nível mínimo de análise; (2) processos controlados – intencionais, exigem a participação da consciência, exigem maior recurso ao nível da atenção, sendo por isso mais lentos, o processamento é realizado gradualmente, utilizados em tarefas mais difíceis e menos rotineiras, exigem elevados níveis de processamento cognitivo, assim como uma análise semântica e sintáctica.

De forma geral, aquilo que caracteriza os distúrbios da ansiedade é um processamento de informação disfuncional, que por sua vez é caracterizado por uma série de erros e enviesamentos ao nível da interpretação dos estímulos. Os estímulos são invariavelmente interpretados e avaliados como perigosos para a subsistência do sujeito. Tal situação ao nível do modo ansioso do processamento da informação, os autores afirmam que o sujeito tendencialmente irá subestimar os aspectos securizantes do meio assim como os seus recursos pessoais para gerir a ansiedade (Beck & Clark, 1997).

Desta forma, Beck & Clark (1997) apresentam um modelo do processamento de informação na ansiedade, no qual postulam a existência de três módulos distintos, em que funcionam paralelamente processos automáticos e estratégicos. Este processo parte do pressuposto já referido anteriormente e elaborado por Beck *et al.* (1985) em que se considera que a ansiedade resulta de um enviesamento erróneo ao nível da interpretação dos estímulos, recorrentemente avaliados como perigosos e ameaçadores para a integridade do sujeito.

Vejamos então resumidamente em que consiste cada um destes módulos:

1. Registo Inicial – é ao nível deste primeiro módulo que se dá o primeiro processamento da informação, sendo também ao nível deste módulo que existe uma procura de estímulos pertinentes para o sujeito – está por isso, intimamente ligado aos processos da atenção. Beck (1996) citado por Beck & Clark (1997) refere que a este nível está activo um modo de orientação, sendo este um modo automático por excelência. Dado que a atenção dos sujeitos ansiosos funcionam num modo hipervigilante (Rachman, 1998 cit. Graziani,

2005), são mais rápidos a detectar estímulos avaliados como perigosos e a focalizarem-se nesses estímulos, aumentando a fonte da ameaça.

Desta forma, os autores propõem que *“a ansiedade envolve um modo de orientação enviesado na forma de atenção selectiva para informação pessoal relevante e negativa, (...), o que é criado por este modo de orientação ansioso é uma focagem excessiva na detecção de estímulos negativos”*. Assim, se é atribuído neste módulo uma valência negativa ao estímulo, será activado o segundo módulo;

2. Preparação Imediata – este módulo envolve uma activação do modo primário do pensamento ao nível da avaliação da ameaça. Tal modo, caracterizado pela sua fixidez e rigidez inclui esquemas relacionados com a sobrevivência ou a sociabilidade, incluindo modelos cognitivos-afectivos-comportamentais-fisiológicos (Beck & Clark, 1997). O processamento ao nível do modo primário é feito através de processos automáticos e estratégicos, sendo que acontece uma avaliação esquemática que capturará grandes índices de atenção por parte do sujeito, em que será atribuída uma prioridade aos estímulos processados. No entanto, este modo funciona fora da consciência, sendo que apenas os resultados da avaliação surgirão na mesma. (Beck & Clark, 1997). Existem então, uma série de imprecisões e enviesamentos, funcionando uma abstracção selectiva – o sujeito selecciona apenas aspectos que confirmam as suas crenças, descartando a restante informação – que implica uma hipersensibilidade do sujeito a estímulos potencialmente nocivos, ignorando os aspectos positivos (Graziani, 2005). Desta forma, Beck & Clark (1997) referem que é nesta sobreavaliação enviesada da informação avaliada como perigosa que reside o pensamento catastrófico comum aos sujeitos ansiosos;

3. Elaboração Secundária – este módulo será activado pelo modo primário que caracteriza o módulo anterior, sendo que é aqui que existe uma activação de um processamento semântico (Beck & Clark, 1997). Aqui o processamento da informação será lento, esforçado e conduzido por esquemas, no entanto, o processamento da ameaça continuará a ocorrer de forma automática devido à activação do modo primário. É também a este nível que os sujeitos avaliam a situação em função de outros esquemas relacionados com o self e o mundo, assim como existe uma avaliação das suas estratégias de *coping* para gerir a percepção de ameaça. (Beck et al., 1985 cit.

Beck & Clark, 1997). Se ao nível deste modo existir um fracasso da elaboração e processamento secundários, então pode ocorrer uma manutenção da ansiedade patológica.

A este nível, os autores propõem três possibilidades devido à activação do modo metacognitivo:

(1) Escalada da Ansiedade, devido ao bloqueio da elaboração secundária e consequente avaliação mais construtiva da situação, assim como devido ao domínio prolongado do modo primário da ameaça, e por consequência o bloqueio de qualquer elaboração estratégica;

(2) Diminuição da Ansiedade, caso exista, de facto, uma reavaliação secundária mais construtiva da situação, que diminuirá a percepção de ameaça e melhorará as capacidades de coping; e

(3) Estabilização da Ansiedade, se existir uma activação de mecanismos como a fuga e o evitamento, activados pelo modo primário (Beck & Clark, 1997).

Finalmente, os autores concluem que, “a principal tarefa no tratamento da ansiedade é a desactivação do modo primário da ameaça e o fortalecimento de um terceiro módulo mais reflexivo, elaborativo e contrutivo” (Beck & Clark, 1997).

O termo “*trauma*”, é definido como “*um estado psíquico ou comportamental alterado que resulta de um stress mental, emocional, ou ainda uma lesão física*” (Merriam-Webster, 1988, citado por Valentine, 2003). De acordo com Waites (1993, citado por Valentine, 2003), o trauma trata-se de uma ferida infligida contra a mente e o corpo que exigem uma reparação estrutural e em geral, o indivíduo atingido, principalmente quando se trata de uma criança, não possui competências necessárias para lidar com tal acontecimento. Este provoca um sentimento alterado de segurança e auto-suficiência, desequilibrando, em grande parte os mecanismos de adaptação, colocando em perigo ou ameaçando o indivíduo.

A American Psychiatric Association (2000) define *trauma* como sendo a vivência ou presenciamento de uma situação de violência extrema, ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física, sendo que para que se trate de um

trauma, a pessoa terá que experimentar sentimentos de medo intenso, horror ou impotência.

De acordo com Serra (2003) estes traumas devem ser entendidos tendo em conta o contexto social e cultural em que decorrem. Segundo o autor estes contextos irão influenciar o *significado e a assimilação deste tipo de ocorrências, as expectativas do sujeito relativamente à própria recuperação e as respostas familiares, da sociedade e comunidade. Considera que quando “os valores culturais são ultrajados podem tornar-se fonte de grande sofrimento pessoal”*.

Valentine (2003) salienta como acontecimentos traumáticos os combates de guerra, violações e/ou abusos sexuais, desastres naturais, acidentes de viação aparatosos, raptos ou assaltos violentos. Everstine & Everstine (1993, citados por Valentine, 2003) referem que ocorre um trauma emocional ou psicológico quando um sujeito experimenta de forma inesperada e coerciva um dado acontecimento.

De acordo com DSM-IV (TR) situações como a morte ou ameaça de morte, ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física, tanto da pessoa em si, como da observação das mesmas situações em relação a um familiar ou amigo, podem desencadear respostas de *stress* traumáticas. A ocorrência de situações traumáticas tornou-se, actualmente, muito recorrente, sob a forma de variados eventos, tais como: combates de guerras; assaltos pessoais violentos, incluindo o abuso sexual, roubos, ataque físico, raptos, ataques terroristas; desastres naturais, acidentes graves de viação, entre outros.

Em relação às crianças, as situações mais comuns, são o abuso sexual ou experiências sexuais inapropriadas em termos desenvolvimentais, acidentes de viação, ferimentos, ou ainda acontecimentos observados que incluem ataques a outras pessoas, principalmente familiares, observação de cadáver ou partes deste.

Por sua vez, o uso do conceito “*stress*” tornou-se comum no dia a dia da maioria das pessoas, através das experiências que vão vivenciando. São várias as situações que podem originar stress, desde passar horas no trânsito depois de um dia de trabalho, ao sofrimento intenso da perda de um ente querido, passando pelo incómodo sentido em alguns momentos de avaliação e observação, assim como o trauma de um acontecimento catastrófico, como um tremor de terra ou ainda a inquietação permanente de um desejo não realizado. (Santos & Castro, 1998; Serra, 2003).

As situações diferem quanto à gravidade que implicam, às circunstâncias em que ocorrem, à ameaça que representam, tanto no momento, como para a vida futura ou ainda quanto às consequências a longo prazo que podem determinar para o indivíduo.

Actualmente, todas as pessoas estão susceptíveis a situações *stressantes*, mas a individualidade em vivenciar cada situação faz com que as consequências sejam diferentes, principalmente no que se refere à gravidade e à persistência dos sintomas relacionados com o estado de *stress*. Isto é, a mesma situação percebida como sendo *stressante* para dois indivíduos, pode ser vivenciada, de forma muito mais intensa e com maior gravidade por um, causando neste, consequências totalmente diferentes que no outro.

A prevalência dessa perturbação depende, em muito, da capacidade da pessoa afectada em controlar a situação, lidar com o *stress* que daí advém, ou ainda com o conjunto de estratégias que utiliza para ultrapassar o momento traumático e as consequências seguidas.

Belko (2003) realizou um estudo com adolescentes de Sarajevo, que foram expostos a traumas de guerra severos, na Bósnia e Herzegovina durante quase 4 anos, em que o principal objectivo pretendia estudar as diferenças de relação entre as reacções de stress pós-traumático e depressão:

1. Experiências de guerra traumáticas
2. Factores sociais e de personalidade
3. Estratégias de coping e recursos cognitivos

Pode verificar que o desenvolvimento de PTSD era fortemente influenciado por:

- (a) Natureza e dimensão do trauma;
- (b) Atributos personalísticos;
- (c) Características do ambiente pós-traumático e
- (d) Recursos de *cooping* do sujeito.

Axelrod, *et al.* (2005) verificaram que o trauma, sintomas de PTSD e características de personalidade borderline se encontram relacionadas entre si numa complexa interacção que pode ir além dos simples modelos uma relação linear.

Outras perturbações têm também sido encontradas na consequência de acontecimentos traumáticos, mais especificamente, perturbação de ansiedade generalizada, depressão, desordem psicossomática, perturbações de personalidade, alcoolismo e uso de drogas e outras substâncias psicoactivas (Davidson, 1994). Estas mesmas perturbações podem ser identificadas em comorbilidade com a PTSD.

Traumas múltiplos e crónicos, tais como a guerra aumentam o risco de comorbilidades, mais frequentemente sob a forma de depressão ou ansiedade (Blanck, 1993 citado por Belko, 2003).

Em Contexto de Guerra

Desde há milhares de anos que a espécie humana tem sido vítima de circunstâncias trágicas com repercussões sobre o funcionamento físico e psíquico dos indivíduos (Serra, 2003). Neste sentido, surge a Perturbação de Stress Pós-Traumático, a qual tem sido apontada como tendo um longo passado mas uma curta história.

Apenas a partir de 1980 foi reconhecida oficialmente como uma psicopatologia, pela APA no DSM-III, correspondendo ao código 309.89 (a partir de 1994 e com o DSM-IV este código passou a ser 309.81). A PSPT foi também classificada segundo a CID-10 (Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial da Saúde), a partir de 1992, tendo como código o número F43.1. (Serra, 2003).

Esta perturbação só foi introduzida na terceira edição do DSM, pois, de acordo com Macher & Crocq (2000, citados por *in press*: Maia *et al.*, 2006), devido à falta de consenso em relação às características desta nova patologia de carácter psiquiátrico.

Desde a inclusão da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) no DSM III em 1980, muitos estudos epidemiológicos e clínicos têm sido realizados em vítimas de guerra civil ((Kuterovac, Dyregrov, & Stuvland, 1994 citados por Belko, 2003), veteranos de guerra (Solomon, Mikulincer, & Habershaim, 1990 citados por Belko, 2003), vítimas de violação (Foa & Riggs, 1994 citados por Belko, 2003) e outras formas de violência (Pynoos et al., 1987 citados por Belko, 2003) têm sido publicados.

Nos anos 70, regressaram para casa centenas de milhares de veteranos do Vietname, entre os quais uma grande parte apresentava graves problemas psiquiátricos. De um modo geral, tinham pesadelos, maior activação fisiológica, marcadas dificuldades em se relacionar quer com familiares, quer com amigos e segundo o relato de vários familiares voltaram diferentes, na medida em que se irritavam mais facilmente, choravam frequentemente e se afastavam das outras pessoas. (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005).

Antes de 1980, esta perturbação era denominada de diversas formas, tais como: “*railway spine*”, “*shell shock*”, “*traumatic (war) neurosis*”, “*concentration-camp syndrome*” ou “*rape-trauma syndrome*”. Estas variadas denominações estavam intimamente relacionadas com as diversas situações de conflito armado da época, dos quais muitos sofreram graves síndromas de *stress* (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002; Da Costa e Kellett, 1982 citados por Ferreira, 2003; Levy, 1995 citado por *in press*: Maia et al., 2006).

Durante a Primeira Guerra Mundial, Mott introduziu o termo Shell shock para descrever os sintomas psiquiátricos resultantes de violentos actos de guerra. O termo pressupõe que os efeitos tinham uma base orgânica: os cérebros dos doentes tinham sido atingidos por fragmentos de granadas ou bombas. Quando, no entanto se estabeleceu que as perturbações emocionais podiam ocorrer mesmo em soldados em lugares remotos de qualquer explosão de mísseis, o termo shell shock deixou de ser utilizado (Brill, 1967 citado por Ferreira, 2003). Este facto já indicava que se supunham que estivessem envolvidas causas psicológicas (Trimbler, 1981).

A *Perturbação de Stress Pós-traumático* (PTSD) é uma perturbação mediada pela ansiedade, devido à presença da componente *stress*, que surge após um indivíduo ter sido exposto a um trauma, quer de carácter físico, emocional ou psicológico. O factor precipitante pode afectar uma só pessoa ou um grupo, e este factor pode ser causado por desastres naturais, acidentais ou intencionais. (Serra, 2003).

Baseado nas ideias de O'Brien (1998), Serra (2003) refere que uma PTSD pode desenvolver-se não apenas devido a um acontecimento discreto, mas também devido a uma exposição continuada ao estímulo traumático, em que para o acontecimento possa ser considerado traumático deve ser de gravidade extrema: *“a pessoa deve experimentar como respostas subjectivas, pelo menos durante algum período de tempo em que está exposta, medo, desespero ou horror intensos”* e também que *“o julgamento de «gravidade extrema» é feito, não em função do tipo de acontecimento em si, mas em função da avaliação, significado e impacto que determina na pessoa”* (p.74).

A classificação das perturbações mentais mais utilizada trata-se do actual DSM-IV (TR), que concede uma perspectiva geral dos diagnósticos. São abordados questões como: os critérios e características necessários para o diagnóstico de uma perturbação, a abordagem de perturbações e características associadas à perturbação em causa, a especificação em relação à idade, cultura, género, entre outros, a classificação em termos da taxa de prevalência, incidência e a realização de um diagnóstico diferencial. Tendo em conta esta organização, será utilizada, maioritariamente, este instrumento de classificação. As informações recolhidas serão complementadas com outros documentos que abordam esta temática.

Características e critérios de diagnóstico

De acordo com o Kaplan & Saddock, (1998). DSM-IV (TR) (2000), Fauman (2002) e Serra (2003), as principais características da PSPT são:

- Desenvolvimento de sintomas específicos a seguir à exposição a um acontecimento traumático, no qual o indivíduo vive a experiência de forma pessoal e directa de ser ameaçado de morte ou ferimento grave, ou a observação de outros na mesma situação (**critério A1**);

- Resposta do indivíduo a situações dessa natureza envolve medo intenso, sensação de falta de ajuda ou de horror, que em crianças é manifestada através de comportamentos agitados e desorganizados (**critério A2**);

- Reexperiência permanente do acontecimento traumático, através de: imagens, pensamentos, sonhos, ilusões, episódios de *flashback*, recorrentes, ou ainda sensação de estar a reviver a experiência. Há ainda a apresentação de sintomas emocionais, tais como: embotamento, ausência de resposta emocional, diminuição da consciência, desrealização, despersonalização, amnésia dissociativa; e reactividade fisiologia perante a exposição a acontecimentos que recordem a situação traumática (**critério B**);

- Evitamento marcado de estímulos que activem recordações do trauma (ex. pensamentos, sensações, conversas, lugares, pessoas), incapacidade de recordar aspectos importantes do trauma, perspectiva encurtada relativamente ao futuro e restrição a um vasto leque de afectos (**critério C**);

- Marcada activação fisiológica, caracterizada por dificuldades em adormecer ou manter-se adormecido, irritabilidade ou cólera, dificuldades de concentração, hipervigilância e apresentação de respostas de alarme exageradas (**critério D**)

- Presença dos sintomas acima referidos há mais de 1 mês (**critério E**);

- Dificuldades de adaptação e mal-estar clinicamente significativo, nas diferentes áreas da vida (social, ocupacional, relacional...) do individuo (**critério F**).

A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático é também caracterizada quanto ao início e duração dos sintomas.

Assim:

PSPT – **Agudo**, quando a duração dos sintomas é inferior a 3 meses;

PSPT – **Crónico**, quando a duração dos sintomas é superior a 3 meses;

PSPT – **Com início dilatado**, quando o período que separa o acontecimento traumático e o aparecimento dos sintomas é de, pelo menos 6 meses.

Esta classificação é referente à presença da PSPT tanto em adultos, como em crianças. Mas de forma mais específica, Serra (2003;153) refere que, como os sintomas não são sobreponíveis em diferentes períodos etários, torna-se importante considerar o caso do adulto, diferenciado do caso da criança e do adolescente.

Segundo Olff *et al.* (2005), ao nível da população norte-americana (EUA) pelo menos 5 a 6% dos homens e 10 a 12% das mulheres já sofreram uma PTSD em algum momento da sua vida.

Neste sentido, Valentine (2003) diz que, relativamente a essa mesma população, 70% já experimentou um acontecimento traumático e 20% sofrerá de PTSD. Está também previsto, que dadas as situações de violência e terrorismo a que esta mesma população tem sido submetida, que estes números venham a aumentar nos próximos anos (Valentine, 2003).

Esta trata-se contudo, de uma perturbação relativamente rara, uma vez que se manifesta em entre 1 e 2 % da população mundial (Davidson *et al.*, 1991, citado por Serra, 2003). Serra (2003) faz referência a outros estudos em que é postulado que entre 5 a 15% da população possa vir a experimentar PTSD ou formas subclínicas da mesma.

Contudo, Kessler (2000) referido por Serra (2003) refere que estes dados podem estar enviesados devido a características intrínsecas da amostra, alterações dos critérios diagnósticos, e instrumentos de avaliação utilizados. Desta forma, considera que os valores anteriormente apresentados podem passar a ser substituídos, encontrando-se os valores ao nível da população em geral, situados entre 7,8 e 12,3%.

A PTSD trata-se de um significativo problema de saúde pública. Turnbull (2005) menciona que a prevalência de PTSD é estimada para os homens entre 8 e 13% e para as mulheres entre 20 e 30%. Salienta que a prevalência anual de PTSD fica entre os 1,5 e 3%. A PTSD é a única entre as perturbações psiquiátricas, devido ao papel crucial desempenhado pelo trauma stressor (“aetiological agent”): o paciente deve conhecer o “stressor criterion”, ou seja, ter sido exposto a um acontecimento traumático, para que haja diagnóstico de PTSD. De forma não habitual, o *trigger* existe exterior ao paciente (Turnbull, 2005).

De entre as várias teorias existentes que existem na tentativa de explicar o processo decorrente em caso de PTSD, Power & Dalgleish (1997) consideram que as teorias cognitivas são as que melhor enquadram esta perturbação e que apresentam maior capacidade preditiva.

Quando se regista um acontecimento traumático, há que processar a informação no decorrer do mesmo. Essa informação é trazida para o conjunto de crenças pré-existentes sobre si e sobre o mundo, sendo que esta informação esta informação, por um lado, altamente saliente para os objectivos do sujeito e, por outro lado, altamente incompatível com as estruturas de significado pré-existentes. É precisamente neste ponto que se processam alguns dos fenómenos associados à PTSD (Power & Dalgleish, 1997), havendo um esforço no sentido de integrar a informação traumática nos modelos já existentes no sujeito. A não resolução do trauma conduz à manutenção deste fenómeno, promovendo a sua cronicidade.

Segundo Gouveia & Sacadura (2003), foi Horowitz (1976/1986) um dos primeiros autores a elaborar um modelo explicativo da Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Segundo este autor existe uma *tendência para completar* relacionada com a informação traumática, que mais não é do que uma “necessidade” psicológica para a integração de nova informação nos modelos e esquemas cognitivos existentes.

Esta integração ou ajustamento requer uma incorporação em esquemas cognitivos preexistentes ou então o desenvolvimento de novos esquemas capazes de promover esta integração.

Assim, a informação traumática manter-se-á na memória activa (Horowitz, 1986, citado por Gouveia & Sacadura, 2003), sem no entanto existir um conhecimento consciente da mesma, até que o processo de incorporação esteja completo.

Para além disso, Horowitz (1986) referido por Power & Dalgleish (1997) proclama a existência de uma série de mecanismos de defesa, tais como a negação e

o embotamento, de forma a evitar essa mesma não tomada de consciência da informação traumática. No entanto, este processo é por sua vez interrompido pela tendência de completar que mantém esta informação na memória activa, através de processos intrusivos – pensamentos indesejados, pesadelos ou flashbacks. O que existe, portanto, é uma recorrente oscilação entre os processos de completamento e de evitamento, para que a informação traumática possa ser integrada nas representações da memória a longo prazo. Se tal processo falhar a informação traumática permanecerá a memória activa, permitindo uma evolução prolongada da doença, tornando as reacções pós-traumáticas crónicas (Horowitz, 1986 citado por Power & Dalgleish, 1997; Gouveia e Sacadura, 2003). Foram várias as limitações apontadas a esta teoria, o que levou inevitavelmente à necessidade de construção de modelos explicativos mais adequados.

Um desses modelos foi proposto por Foa *et al.* (1986/1992), o qual segundo Power & Dalgleish (1997), acenta num constructo teórico que tem como ponto de partida a teoria das emoções de Lang e postula a formação de uma “rede de medo” ao nível da memória a longo prazo. Esta rede incluirá informação sobre os estímulos desencadeadores do trauma, sobre as reacções cognitivas, fisiológicas e comportamentais e, ainda, informação que promove a ligação bidireccional entre os estímulos e as respostas (Gouveia & Sacadura, 2003).

Deste modo, é de esperar que a activação em cadeia das conexões estabelecidas dentro desta rede vá promover a entrada na consciência de toda a informação lá encontrada – esta entrada involuntária da informação na consciência consubstancia-se naquilo que é vulgarmente chamado sintoma intrusivo (ex.: pensamentos involuntários) – por outro lado, a tentativa de supressão desta activação será traduzida pelos sintomas de evitamento face à informação traumática (ex.: embotamento afectivo) (Power & Dalgleish, 1997).

Neste sentido, Foa *et al.* (1989) citado por Gouveia & Sacadura (2003), postula que uma das formas de resolução do trauma poderá passar pela assimilação da informação contida na referida rede ao nível das estruturas mnésicas existentes.

Esta integração será contudo, apenas eficaz se forem resolvidas as seguintes situações:

A) Deverá existir um activação completa da rede de medo, para que a informação traumática se torne acessível e modificável e

B) A informação nova incompatível com a informação existente ao nível da rede deve ser adquirida de forma a facilitar a construção de novas estruturas mnésicas sobre a experiência traumática.

Power & Dalgleish (1997) elaboram um modelo em que tentam descrever a forma como se processa a informação no momento do acontecimento traumático tanto no decorrer do acontecimento traumático tanto como ao nível das reacções do sujeito no período pós traumático.

Segundo os autores, no momento do trauma a informação sobre o acontecimento traumático é avaliado ao nível esquemático do significado, sendo que tal acontecimento é avaliado como ameaçador para um conjunto de objectivos valorizados pelo sujeito, tais como a sobrevivência ou a manutenção da configuração dos modelos esquemáticos dominantes. Assim, a informação referente ao trauma – que pode ser analógica, proposicional ou esquemática – é codificada a esses mesmos níveis (Power & Dalgleish, 1997).

Neste sentido, existe uma elevada incompatibilidade da informação traumática, ao nível dos modelos dominantes do *self*, do mundo e dos outros, sendo que, segundo os autores, a informação relacionada com o trauma ameaça o sentido pessoal de cada sujeito sobre si próprio e da realidade. Esta incompatibilidade acaba, portanto, por ser deficientemente integrada ao nível das representações existentes.

Power & Dalgleish (1997), no que respeita ao período pós traumático, referem que o sujeito vai processar representações da informação relacionada com o trauma, na memória aos níveis analógico, proposicional e esquemático. Então, o que estes postulam é que, ao nível do SPAARS, esta informação não é integrada nos modelos dominantes do *self*, do mundo e dos outros, sendo que este modelo representacional estará na origem de uma série de sintomas que constituem a constelação sintomática característica da PTSD. Desta forma, salienta-se os fenómenos de *Intrusão*, *Evitamento* e *Hiperactivação*.

No que respeita à formação de sintomas de *Intrusão* de pensamentos/imagens, os autores defendem que podem ser utilizadas duas vias de condução distintas:

1. Processamento recorrente nos sistemas avaliativos ao nível esquemático do significado, isto é, a informação incompatível com os modelos dominantes e sentida como ameaçadora para o sujeito vai ser continuamente avaliada. Assim, esta avaliação contínua da incompatibilidade e ameaça da informação relacionada com o episódio traumático na memória vai ocorrer em cada ciclo avaliativo, que promoverá uma constante activação e reactivação do módulo do medo (Power & Dalgleish, 1997). É, portanto, desta forma que o indivíduo traumatizado viverá numa constante experiência de “sentir-se em perigo”, mesmo quando, de facto, não existam pensamentos ou imagens intrusivas. Por sua vez, é

através deste estado de recorrente activação e avaliação, que os produtos das mesmas vão chegar à consciência, nas suas mais variadas formas – pensamentos involuntários, pesadelos, imagens, etc.;

2. A activação prolongada do medo vai fazer com que o sujeito traumatizado exiba uma série de enviesamentos ao nível do processamento da informação relacionado com o trauma. Isto acontece sempre que essa informação seja representada na memória como sendo perigosa e relacionado com as preocupações actuais, uma vez que não se encontra integrada nos modelos dominantes do *self*, do mundo e dos outros. Deste modo, qualquer informação que se relacione com o acontecimento traumático e o meio, serão selectivamente processadas e por sua vez activarão a informação relacionada com o trauma na memória, aumentando assim, a probabilidade de aparecimento de fenómenos intrusivos.

3. Isto faz com o que sujeito passa a desenvolver uma activação automática de medo através do nível associativo do significado.

De acordo com Reynolds and Brewin (1998, 1999 citados por Hackmann *et al.*, 2004) os pensamentos intrusivos acerca de determinado trauma podem actualmente ser mais comuns do que as memórias depois do trauma. Salientando a necessidade de estudos que possam permitir diferenciar melhor entre estes dois tipos de intrusões.

No que concerne ao *Evitamento*, os autores defendem que dada a magnitude dos fenómenos intrusivos, o sujeito vai mobilizar uma série de processos e mecanismos de defesa. Desta forma irá exibir uma mobilização consciente de forma a evitar quaisquer recordações da experiência traumática, tentando também não pensar e/ou falar sobre ela. Este comportamento poderá reflectir-se em isolamento social e relacional.

No que respeita às manifestações de *Hiperactivação*, podem surgir sob diferentes formas, resultando da não integração da informação traumática na memória. Como já foi referido, o módulo de medo está em constante activação e reactivação devido à não integração da informação relacionada pelo trauma e também devido ao processamento selectivo das pistas múltiplas encontradas no meio. Para além disso, esta recorrência na utilização dos mecanismos avaliativos conduzirá a uma “falha” nos recursos disponíveis o que impedirá a uma inoperância de níveis de avaliação mais

sofisticados, tal como acontece ao nível da mediação das emoções (Power & Dalgleish, 1997).

Power & Dalgleish (1997) acreditam existir dois tipos de resposta a sujeitos expostos ao trauma:

(1) existirá uma experimentação de um período de reacção pós-traumática, mas que, dada a flexibilidade dos modelos esquemáticos conseguirão integrar a informação relacionada com o trauma numa questão temporal relativamente curta ou então com ajuda da terapia indicada;

(2) este segundo tipo de sujeitos, cujo período de vida pré-traumático foi seguro, controlável e previsível, terão dificuldades acrescidas, senão totais, a integração da informação incompatível com os modelos dominantes e relacionada com o trauma, com uma tendência para desenvolver uma PTSD com evolução prolongada. Estabelece-se, assim, uma vulnerabilidade para a PTSD.

Ehlers & Clark (2000) levaram a cabo um modelo teórico em que tentam explicar a existência de uma série de processos que funcionam como factores de manutenção da Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Partindo do mesmo pressuposto que Beck *et al.* (1985) de que a PTSD se trata de uma perturbação de ansiedade, encontra-se subjacente a noção de perigo/ameaça. Adicionalmente a este pressuposto, Ehlers & Clark (2000), acreditam que tal percepção de ameaça se encontra associada à memória de um evento que já ocorreu.

Os autores partem de dois pressupostos:

- Existem diferenças individuais ao nível da avaliação do acontecimento traumático e das suas sequelas;

- Existem diferenças individuais ao nível da memória do acontecimento traumático e das suas ligações com outras memórias autobiográficas.

Uma vez activada a percepção de ameaça actual, e a sucessão cíclica de avaliações negativas excessivas do acontecimento traumático associadas a perturbações da memória autobiográfica, existirá uma manutenção da PTSD. Esta activação implica também o surgimento de fenómenos intrusivos, sintomas de activação, ansiedade, outras formas de reviver o acontecimento traumático e outros

estados emocionais. Existe ainda a mobilização de outros processos e sistemas cognitivos e comportamentais como forma de diminuir esta experiência de stress promovido pela revivência do trauma (Ehlers & Clark, 2000) – exemplo disso são os fenómenos de evitamento, que acabam por desenvolver um processo paradoxal perverso, na medida em que, apesar de a curto prazo conseguirem reduzir o sofrimento, acabam por ajudar a manter a perturbação, ou seja, o quadro clínico é mantido por reforço negativo.

Uma questão levantada pelos autores reside de no facto de ao contrário das pessoas que facilmente recuperam do trauma, os sujeitos que desenvolveram uma forma crónica da PTSD não conseguem perceber que o trauma apenas possui um acontecimento limitado no tempo e sem implicações negativas de ordem maior para a obtenção futura de objectivos valorizados pelo sujeito. Este modelo propõe então que *“os sujeitos são caracterizados por avaliações idiossincráticas e negativas do acontecimento traumático e/ou das suas sequelas que possuem o efeito comum de gerar um sentimento de ameaça real e actual”* (Ehlers & Clark, 2000, p. 320).

O resultado destas avaliações enviesadas é a ocorrência de uma sobregeneralização do estímulo indutor de stress e uma tendência ao exagero na percepção da probabilidade de ocorrência de acontecimentos negativos e catastróficos no futuro (Ehlers & Clark, 2000). Esta percepção deformada, por sua vez, gera medo situacional e por sua vez fenómenos de evitamento que linearmente ajudarão a manter o medo sobregeneralizado (Gouveia & Sacadura, 2003).

No que respeita às avaliações referentes às sequelas do acontecimento traumático, Ehlers & Clark (2000) propõem que o sentimento de ameaça actual pode ser mantido por situações como:

(1) interpretação dos próprios sinais iniciais da PTSD,

(2) interpretação das reacções de terceiros no período pós-traumático e as respectivas consequências e

(3) avaliação das consequências do trauma em noutras áreas da vida do sujeito – esta situação implicaria uma percepção desvalorizada da situação actual no sentido da desistência ou então na percepção deformada do que o pior ainda estaria para vir (Gouveia & Sacadura, 2003).

Então *“tais avaliações mantêm a PTSD através da geração directa de emoções negativas (...) e suscitando estratégias de coping disfuncionais que têm o efeito paradoxal de agravar os sintomas”* (Ehlers & Clark, 2000).

Na persistência da PTSD estão ainda envolvidas, segundo os autores, as relações estabelecidas entre as recordações traumáticas e recordações indesejadas. Por um lado, os pacientes portadores da perturbação apresentam severas dificuldades ao nível da recuperação voluntária de memórias relativas ao estímulo traumático propriamente dito – a recuperação intencional é fragmentada e com organização pobre, pode existir perda de detalhes e graves dificuldades na localização temporal das mesmas (Ehlers & Clark, 2000). Por outro lado, existe uma elevada frequência de memórias intrusivas, e por isso, não voluntárias e conseqüentemente processa-se um re-experimentar de aspectos relativos à experiência traumática, com vivência emocional muito intensa.

Esta recuperação involuntária – e por isso automática – detém as seguintes características:

(1) existe uma re-experimentação caracterizada por impressões sensoriais, mais do que por pensamentos,

(2) as impressões sensoriais são experimentadas como se de facto estivessem a ocorrer no momento, mais do que propriamente por recordações das emoções sentidas aquando da exposição traumática – tal facto inibe a recuperação consciente que usualmente caracteriza as memórias autobiográficas,

(3) as emoções e impressões sensoriais são re-experimentadas mesmo que no período peri e/ou pós-traumático o sujeito adquira nova informação diferente daquela processada durante a exposição traumática,

(4) regra geral, existe uma revivência de estados fisiológicos e emocionais associados ao acontecimento traumático mesmo sem que exista uma recuperação mnésica sobre o mesmo e,

(5) muitas vezes a re-experimentação involuntária do episódio traumático é desencadeada através de pistas que não têm uma forte relação semântica com

mesmo, no entanto são pistas simples que estão temporalmente associadas ao evento (Ehlers & Clark, 2000).

Os autores propõem então que *“as características da intrusão e o modelo de recuperação que caracteriza a PTSD persistente se deve à forma como o trauma é codificado pela memória”* (Ehlers & Clark, 2000).

Quando é recuperada uma memória do acontecimento traumático por um sujeito que desenvolveu PTSD, esta recordação será submetida a uma série de enviesamentos relacionados com as avaliações feitas sobre o evento traumático. O que acontece é que existe uma recuperação selectiva que impede a recordação de aspectos incompatíveis com as avaliações realizadas em função do trauma, tornando-as cada vez mais inflexíveis por incapacidade de modificação. Os autores propõem que a manutenção deste tipo de viés mantém a sensação de ameaça actual, isto é, existe uma interpretação disfuncional de um perigo eminente no momento corrente, também agravada pela interpretação disfuncional do reviver das emoções sentidas, que são experimentadas no “aqui e agora”. (Ehlers & Clark, 2000). Estas disfunções associadas à gravidade do evento traumático podem, de facto, promover desordens de ordem maior ao nível da memória autobiográfica, promovendo instabilidade nas representações de si próprio e do contexto (Ehlers & Clark, 2000).

É também defendido neste modelo, o desenvolvimento de estratégias de *coping* por parte de pacientes que sofrem de PTSD aquando da percepção de ameaça e sintomas subsequentes, e que estão vulgarmente associadas às avaliações (enviesadas) do estímulo traumático e das suas sequelas e ainda com as crenças sobre a capacidade ou incapacidade de gestão dessas percepções (Ehlers & Clark, 2000).

Ao revelarem-se inadequadas, exageradas e inadaptativas, estas estratégias acabam por promover a manutenção da perturbação, sob a forma de três mecanismos:

- (1) Existe uma formação automática de sintomas de PTSD;
- (2) Impedem a flexibilização das avaliações negativas relativamente ao trauma e,
- (3) Impedem modificações na natureza da memória traumática (Gouveia & Sacadura, 2003).

Ehlers & Clark (2000) sublinham ainda a importância dos fenómenos de evitamento empregues muitas vezes pelos sujeitos com PTSD na manutenção da perturbação, isto porque, evitar os estímulos que possam recordar o evento traumático impedem a modificação e conseqüente maleabilização das avaliações disfuncionais, assim como a natureza da memória. A diminuição do acesso a dados mais dificilmente acessíveis sobre o trauma vai, por sua vez, impedir uma maior (e melhor) elaboração da memória traumática assim como a *“reorganização da base de conhecimento da memória autobiográfica de forma a gerar uma visão mais contínua do self”* (Ehlers & Clark, 2000).

Respectivamente ao tipo de processamento cognitivo, e para terminar, os autores defendem que este vai ter um peso significativo na percepção de ameaça actual na PTSD. Por exemplo, quando existe um processo de “derrota” psicológica é aumentada a probabilidade de que exista uma perda da autonomia psicológica e uma conseqüente interpretação da informação relacionada com o trauma como sendo uma evidência negativa sobre si. Consequentemente, os próprios processos mnésicos, assim como, a sua qualidade dependem do processamento cognitivo dominante, especialmente no que concerne à codificação quer dos estímulos sensoriais, quer do processamento organizado do significado da situação, considerando os aspectos contextuais (processamento conceptual). Efectivamente, é através da qualidade do processamento durante a experiência traumática que é determinada a natureza da memória.

É também com base no processamento cognitivo durante o trauma que é definida a posterior capacidade de recuperar informação de forma intencional (Ehlers & Clark, 2000).

Segundo Turnbull (2005) estes sintomas agora confinados à PTSD começaram a ser identificados em diversas populações, desde uma família colhida por uma avalanche nos Alpes italianos em 1755, até aos veteranos da Guerra Civil Americana. Segundo o autor, o que se verifica é uma “resposta normal (e semelhante) a acontecimentos invulgares”.

Relacionados com contexto de guerra, as particularidades apresentadas na Perturbação de Stress Pós-Traumático foram, de acordo com Macher & Crocq (2000) e Van der Kolk (2000), identificados aproximadamente na primeira metade do século XX, em sujeitos que sofreram traumas psicológicos em conseqüência das duas guerras mundiais.

A guerra é uma experiência social que preenche os critérios de um acontecimento traumático, ou seja “ um acontecimento que está fora do domínio normal da experiência humana e que seria stressante para qualquer pessoa”(APA, 1994). A exposição à guerra pode envolver ameaça ou perda de vida, ou a perda de familiares e amigos, a destruição das suas propriedades, ser espectador ou actor de destruição, agressão ou morte. Ao contrário do trauma por acidentes ou desastres naturais, o trauma de guerra é frequentemente uma acumulação de todas estas experiências. Segundo Ventura et al. (2003), a imprevisibilidade, a falta de sentido e a desumanização, estão no coração da experiência de guerra. Estas características do stress de guerra apontam para a sua intensidade, abrangência e potencial para desestruturação psicológica e social.

Entre 1961 e 1974, os militares portugueses estiveram envolvidos em operações de combate em Angola, Moçambique e Guiné, naquilo que foi designado como Guerra Colonial (Maia, *et al.*, 2001).

Aproximadamente 1 milhão de soldados Portugueses foram mobilizados, dos quais 10.000 perderam a vida e 40.000 ficaram feridos.

Os que regressaram foram submetidos a um processo de esquecimento, sem que se tentasse entender o impacto físico e psicológico que a experiência de guerra reproduziu nesses sujeitos. De acordo com Quintais (2000) este silêncio traduz a recusa em nos confrontarmos com “*a atrocidade e violência extremas que se inscrevem no percurso da sua história. Atrocidade e Violência que espelham a ininteligibilidade e a contingência das acções humanas e os desesperados esforços de constituição de sentido dos que as praticaram ou a elas se sujeitaram. Um dos aspectos mais perturbadores da ambiguidade moral em que tudo isto parece naufragar advém da impossibilidade de identificar claramente as vitimas e os vitimizadores*”.

Deste modo, e por mais de 20 anos, Maia *et al.* (2001) refere que os soldados ex-combatentes foram uma realidade quase desconhecida em termos de investigação, apesar de nos hospitais, e em especial nos serviços de psiquiatria serem bem distinguidas as dificuldades psicológicas e emocionais deste tipo de população.

Em 1999, o Governo Português publica uma lei que declarou a perturbação de Stress Pós- Traumático como se tratando de uma causa legítima de deficiência.

Progressivamente esta lei foi sendo remodelada, como se verifica pela lei nº35/2000 :

1512

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A

N.º 83 — 7 de Abril de 2000

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Resolução da Assembleia da República n.º 35/2000

A Assembleia da República resolve, nos termos da alínea b) do artigo 163.º e do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, dar assentimento à viagem de carácter oficial de S. Ex.ª o Presidente da República ao Brasil, entre os dias 21 e 24 do próximo mês de Abril.

Aprovada em 30 de Março de 2000.

O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos*.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

Decreto-Lei n.º 50/2000

de 7 de Abril

A Lei n.º 46/99, de 16 de Junho, vem instituir o regime de apoio às vítimas de *stress* pós-traumático de guerra, materializando o reconhecimento que a Nação confere aos que, no cumprimento dos seus deveres militares, foram expostos a situações causadoras de trauma psicológico, que se reflectem em sofrimento generalizado e que em determinados casos evolui para a cronicidade.

A referida lei possibilita que os portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar vejam o seu caso avaliado por uma junta de saúde militar e que, em consequência da gravidade da sua situação clínica, venham a receber o tratamento necessário e, eventualmente, a ser considerados deficientes das Forças Armadas.

A referida lei confere ainda uma protecção através da organização de uma rede nacional de apoio aos militares e ex-militares que padeçam dessa mesma perturbação crónica em consequência da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar.

Torna-se, por isso, necessário, regulamentar a Lei n.º 46/99, de 16 de Junho.

Foram ouvidas a Associação de Deficientes das Forças Armadas e a Associação de Apoio aos Ex-Combatentes Vítimas do Stress de Guerra e Apoiar Portugueses dos Veteranos de Guerra.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 46/99, de 16 de Junho, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

É criada a rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar, instituída pela Lei n.º 46/99, de 16 de Junho.

Artigo 2.º

Atribuições da rede

São objectivos da rede a informação, identificação e encaminhamento dos casos e a necessária prestação

de serviços de apoio médico, psicológico e social, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 3.º

Organização

1 — Compõem a rede nacional de apoio as instituições e os serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Militar e, em articulação com os serviços públicos, as organizações não governamentais.

2 — A cooperação entre os serviços públicos que integram a rede nacional de apoio é definida por despacho conjunto dos membros do Governo que detenham a respectiva tutela.

3 — Para a prossecução dos objectivos previstos no artigo 2.º, a articulação dos serviços públicos referidos no n.º 1 com as organizações não governamentais efectua-se através da celebração de protocolos, nos quais são estabelecidos os compromissos das partes.

4 — Quando os serviços que integram a rede nacional de apoio não disponham de uma consulta especializada, com carácter multidisciplinar que integre técnicos com formação em saúde mental, os militares e ex-militares têm acesso preferencial a outros serviços que dela disponham.

Artigo 4.º

Informação, identificação e encaminhamento

1 — A informação, a identificação e o encaminhamento são facultados pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e pelas organizações não governamentais.

2 — Aos militares e ex-militares que sejam beneficiários do subsistema de assistência na doença dos militares (ADM) estes serviços são também facultados pelas instituições e unidades de saúde militares.

3 — Após a análise dos casos, estes são encaminhados no prazo de 30 dias para a junta de saúde competente do ramo das Forças Armadas onde o militar ou ex-militar presta ou prestou serviço militar, acompanhados de relatório médico circunstanciado.

4 — Sem prejuízo da tramitação do processo nas Forças Armadas, as instituições e unidades referidas nos n.os 1 e 2 facultam os serviços de apoio médico, psicológico e social ao militar ou ex-militar, quando do relatório médico referido no número anterior conste parecer nesse sentido.

Artigo 5.º

Junta de saúde militar

1 — A junta de saúde militar integra um médico especializado em saúde mental.

2 — Após a recepção do relatório médico referido no n.º 3 do artigo anterior, a junta de saúde militar recolhe a informação pertinente para o diagnóstico, julga da aptidão para o serviço ou da diminuição permanente da capacidade geral de ganho, exprimindo-a em percentagem de incapacidade, e pronuncia-se sobre o nexo de causalidade referido no artigo 1.º

3 — Se o teor da deliberação da junta de saúde militar viabilizar o reconhecimento do direito a uma pensão, o processo segue os trâmites legais, nos termos do Decreto-Lei n.º 43/76, de 20 de Janeiro, ou do Decreto-Lei n.º 498/72, de 9 de Dezembro, nomeadamente a sujeição a exame da junta médica da Caixa Geral de Aposen-

Fonte:

http://www.mdn.gov.pt/pag_principal/LEGISLACAO/Antigos_Combatentes_legislacao_stress.htm

tações, nos termos gerais, consoante se perspetive ou não a qualificação do militar ou ex-militar como deficiente das Forças Armadas.

Artigo 6.º

Apoio médico, psicológico e social

1 — Proferida a deliberação nos termos referidos no n.º 2 do artigo anterior, é conferido ao militar ou ex-militar o direito de acesso aos serviços de apoio médico, psicológico e social prestados por qualquer das instituições e serviços que integram a rede nacional de apoio.

2 — Para os efeitos referidos no número anterior é atribuído um cartão de identificação de utente da rede nacional de apoio, cujo modelo é aprovado por despacho conjunto dos Ministros da Defesa Nacional e da Saúde e contém o nome e número do utente.

Artigo 7.º

Coordenação da rede nacional de apoio

A coordenação da rede nacional de apoio é da responsabilidade de uma comissão nacional de acompanhamento, cuja composição e atribuições são fixadas por despacho conjunto dos Ministros da Defesa Nacional e da Saúde.

Artigo 8.º

Financiamento da rede nacional de apoio

O financiamento da rede nacional de apoio é da responsabilidade do Estado, através dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, nos termos de portaria conjunta assinada pelos respectivos Ministros e pelo Ministro das Finanças.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 27 de Janeiro de 2000. — *António Manuel de Oliveira Guterres — Júlio de Lemos de Castro Caldas — Joaquim Augusto Nunes Pina Moura — Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues — Maria Manuela de Brito Arcanjo Marques da Costa.*

Promulgado em 16 de Março de 2000.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 30 de Março de 2000.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres.*

Decreto-Lei n.º 51/2000

de 7 de Abril

Na última fase de transição de Macau foram criados mecanismos legais que permitiram que o pessoal afecto aos quadros da República continuasse a exercer funções transitórias em Macau, assegurando, com a sua experiência, o apoio e a formação dos quadros locais. Foi o caso do Decreto-Lei n.º 89-G/98, de 13 de Abril, que criou, para o efeito, uma licença especial aplicável aos funcionários e agentes da administração central, local e regional autónoma.

Mostra-se agora necessário assegurar que também o pessoal militar possa permanecer em funções públicas

ou de interesse público em Macau, com o mesmo objectivo, pelo que se afigura conveniente que àquele pessoal, para tal efeito, seja concedida uma licença de contornos diferentes das previstas no seu Estatuto, dada a particular importância de que se reveste a sua colaboração para a Região Administrativa Especial de Macau (RAEM).

Considerando, no entanto, que as funções a exercer na RAEM não são de carácter militar, mas dado que são de interesse nacional e se enquadram no âmbito da política seguida por Portugal no sentido de assegurar a normalidade da transição da Administração Pública de Macau, entendeu-se como adequado permitir que a este pessoal o tempo de serviço prestado na RAEM no exercício de funções públicas ou de interesse público seja contado para todos os efeitos legais como estando na efectividade de serviço, ficando aquele pessoal, no mais, sujeito ao regime do seu Estatuto.

Acresce referir que, nos termos da alínea i) do artigo 93.º do Estatuto dos Militares das Forças Armadas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho, aos militares podem ser concedidas licenças de natureza específica estabelecidas em legislação especial.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 11/89, de 1 de Junho, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º

Definição e âmbito

1 — A licença especial para o exercício de funções na Região Administrativa Especial de Macau (RAEM) pode ser concedida aos militares do quadro permanente das Forças Armadas no activo ou na reserva, na situação de efectividade de serviço, que a requeiram, por um período de duração não superior a dois anos, renovável até ao máximo de três anos.

2 — A licença especial visa possibilitar o exercício de funções públicas ou de interesse público na RAEM.

Artigo 2.º

Efeitos da licença especial

1 — No período de duração da licença especial, o militar no activo passa à situação de adido ao quadro a que pertence.

2 — A licença especial implica a perda total de remuneração, contando-se, porém, para todos os efeitos legais, como tempo de serviço efectivo o tempo da sua duração e efectivando-se os descontos a que haja lugar com base na remuneração do posto e escalão detidos.

3 — O militar abrangido pelo presente diploma mantém todas as regalias e benefícios, designadamente os benefícios de assistência médica, medicamentosa e hospitalar e apoio social, conferidos pelo Estatuto dos Militares das Forças Armadas ou previstos em lei especial, mediante a efectivação dos correspondentes descontos nos termos previstos no número anterior.

4 — Os militares no activo mantêm também o direito à promoção nos termos da legislação aplicável.

Fonte:

http://www.mdn.gov.pt/pag_principal/LEGISLACAO/Antigos_Combatentes_legislacao_stress.htm

Contudo, de acordo com Maia *et al.* (2001) essa lei inicial e as que lhe seguiram, embora tentem criar uma rede de apoio a esta população, não manifestam a expressa vontade em realizar investigações no sentido de conhecer o número de ex-combatentes com esta perturbação.

O conceito de Stress Pós-Traumático, como já referenciou, surgiu como entidade nosológica autónoma no DSM-III-R, partindo da experiência dos psiquiatras norte americanos com os veteranos de guerra do Vietnam- *Traumatic Stress Disorder* (Maia & Fernandes, 2000; Quintais, 2001; *in press*: Maia *et al.*, 2006)

A necessidade de inclusão no manual reflecte, segundo Quintais (2001), o mal-estar que atravessava a sociedade americana durante e após a guerra do Vietname, em que o “*veterano enlouquecido*” se torna a expressão extrema desse mal-estar, afirmando-se como a figura indelével do sonho americano tornado pesadelo.

Quintais (2001) considera que as revisões posteriores, de que foi objecto (em 1987 e em 1994, com a publicação, respectivamente, do *DSM-III-R* e do *DSM-IV*) não são o mais importante, mas sim, muito sinteticamente, o essencial resulta do seu agente etiológico. Segundo o autor, “*Assume-se que o diagnóstico repousa em algo que (regra geral) aconteceu num passado relativamente remoto; Um acontecimento “fora do espectro da experiência humana usual”.*

Ferreira (2003) salienta o facto de só após um tempo considerável depois do fim da Guerra do Vietname tenha sido prestada atenção aos efeitos desta guerra. Uma minoria considerável de veteranos sofre de problemas como pesadelos, medos, memórias recorrentes e queixas físicas. Os sentimentos de culpa acontecem frequentemente: culpa de terem perdido camaradas e de estarem vivos enquanto outros morreram, sintomas estes cuja gravidade parece crescer com o tempo. Explosões de ira e impulsividade violenta têm sido frequentemente relatadas em veteranos de combate do Vietname, sendo que muitos deles apresentam um historial de abuso de substâncias e de problemas com a autoridade (Peterson *et al.*, 1991 citado por Ferreira, 2003).

Embora, como já se referiu, esta perturbação possa decorrer de um conjunto variado de situações, Quintais (2001) enfatiza o decorrente das acções humanas e as consequências traumáticas das acções humanas. Ou seja, “*quando falamos da desordem de stress pós-traumático – e do seu impacto no espaço social – estamos quase sempre a falar das acções humanas, da sua revisitação, e das dramáticas e dolorosas inscrições que essas acções deixaram no tecido da história. Ao falarmos das vítimas – os que, na sua memória, trazem as feridas de um tempo irreparável ou*

supostamente irreparável (pesem embora todas as tentativas de reparo) – estamos a falar dos que se sujeitaram (e fizeram com que outros se sujeitassem) a tais acções”.

Na prática podem ser observados determinados comportamentos em veteranos de guerra que se prendem fundamentalmente com sonhos persistentes e repetidos que se relacionem com cenas de guerra, memórias e imagens intrusivas de situações de combate, dificuldade em lidar com objectos, pessoas ou qualquer sensação que faça lembrar os episódios de guerra. Esta dificuldade pode chegar mesmo a passar por um total evitamento de estímulos que se associem com a situação de guerra (por exemplo, evitar a cor verde tropa, não ver filmes sobre África, etc.).

Outras das manifestações que podem ser apresentadas são dificuldades de concentração, um estado de irritabilidade continua, sensação de perigo eminente, respostas de alerta/perigo exageradas a situações de ruído intenso, sombras, ou outras. Todas estas características podem fazer com que o sujeito apresente grandes e acentuadas limitações no seu dia-a-dia afectando de forma marcada a sua qualidade de vida (Maia *et al.*, 2001).

Segundo Webb (2005) a PTSD trata-se de uma perturbação psiquiátrica que pode derivar de acontecimentos traumáticos, e que quando esta condição se mantém sem tratamento, a sintomatologia pode provocar défices significativamente fortes, acentuados e duradouros, que afectam a sua vida na generalidade.

Muitas vezes os veteranos de guerra remetem-se ao isolamento e solidão, sendo para eles bastante difícil falar sobre as suas vivências. Em simultâneo acontece frequentemente que os outros significativos nem sempre se encontrem disponíveis e preparados para compreender.

Noutros casos, as vivências foram de tal forma intensas que o próprio sujeito pensa que é muito dificilmente alguém ser capaz de o ouvir, compreender e ajudar (Maia *et al.*, 2001).

Este é também um reflexo da sensação de impotência e de incapacidade para mudar as situações, que muitas das vezes caracteriza pessoas sujeitas a traumas.

A psicoterapia encontra aqui o seu principal papel de intervenção tendo-se mostrado como alternativa a outro tipo de intervenções, por se tratar de um espaço do paciente em que este sente que pode falar das suas preocupações.

Winje (1998) faz referência a alguns estudos longitudinais em que pretendem reconhecer os mecanismos específicos que interferem no processo de recuperação de SPTD. Nos resultados encontrados no seu estudo, verifica-se que uma investigação mais detalhada, por partes das vítimas, na tentativa de compreender o episódio/estímulo traumático, pode contribuir para a recuperação.

Desta forma, sugere que fornecendo informação factual aos indivíduos acerca do que aconteceu pode contribuir para que o sujeito assimile os acontecimentos a longo prazo e que se adapte normalmente à vida depois do trauma.

Segundo Maia *et al.* (2000) “*se um dos sintomas da PTSD é o evitamento, o princípio da psicoterapia é o de que falar faz bem...*”.

De acordo com Albuquerque (2003) a melhor abordagem para o Stress Pós-Traumático de Guerra deve privilegiar as intervenções psicológicas em detrimento das farmacológicas, que segundo o autor, não ofereciam resultados seguros até há pouco tempo. Enfatiza a importância de intervenções dirigidas a grupos, tanto de doentes como de familiares e a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental em termos de psicoterapia individual.

Perreira (2003) salienta o facto de este processo terapêutico dever ser alargado às famílias dos veteranos de guerra. Considera que cada vez mais o papel dos cônjuges e dos filhos no tratamento do stress traumático tem sido identificado como um dos aspectos prioritários. Neste sentido, a intervenção familiar tem sido incluída no tratamento standard da intervenção em indivíduos traumatizados.

O torna a terapia de casal e familiar única com esta população é o facto de a brecha que separa o casal ser a experiência de combate que culmina no deslizamento e vazio emocional. Isto traduz-se muitas vezes na não participação do veterano nas rotinas da vida familiar. Rosenheck & Tompson (1999) salientam ainda que alguns veteranos de guerra recusam participar em terapia familiar porque não querem que as esposas e os filhos tomem conhecimento das suas experiências, muitas das vezes devido a sentimentos de culpa ou por não considerarem a sua prestação em combate digna de menção, outras vezes ainda, pela vergonha de terem sido “assassinos”.

Comorbilidade

- De acordo com Margis (2003) é grande o número de estudos que têm vindo a avaliar indivíduos com PTSD. Para tal recorrem a sujeitos que se encontram em tratamento e que se enquadram população em geral. Em ambas as amostras, verifica-se uma elevada taxa de comorbilidade psiquitrica entre os indivíduos com PTSD. Zlotnick *et al.* (citado por Margis *et al.*, 2003) constatou que, numa amostra de 138 pacientes em ambulatório, eram os homens que apresentavam maior tendência para manifestarem transtorno anti-social e para recorrerem ao abuso de substâncias. No estudo levado a cabo não foram encontradas diferenças no que respeita a diferenças de género para outros tipos de transtornos mentais e nem no número de transtornos que se apresentam em comorbilidade.

- Indivíduos com Transtorno de Stress Pós-Traumático têm duas a quatro vezes maior probabilidade de apresentar um outro transtorno de ansiedade em relação às pessoas sem TEPT. Entre os homens essa probabilidade é de três a sete vezes maior, já entre as mulheres é de duas a quatro vezes maior. Foi examinada a prevalência da comorbidade de transtornos ansiosos com PTSD, relacionado-os a outros transtornos, numa população que buscou tratamento. Os 83 pacientes com PTSD examinados evidenciaram maior comorbidade quando comparados a pacientes com outros transtornos de ansiedade (151 indivíduos), ou outro transtorno do Eixo I (73 indivíduos). Quando comparados a indivíduos com transtorno do pânico, os indivíduos com PTSD apresentavam mais frequentemente o diagnóstico de depressão e fobia social.

- Um estudo descrito por Gershuny, observou a interferência da comorbidade com PTSD no tratamento com terapia comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Este estudo constatou que os pacientes com comorbidade com TEPT não demonstravam significativa melhora nos sintomas obsessivo-compulsivos (o que havia sido percebido no grupo sem esta comorbidade). A partir destes achados, Gershuny, concluíram que o tratamento com terapia comportamental para o TOC, associado ou não a farmacoterapia, pode ser prejudicado pela comorbidade com o PTSD.

PTSD e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas

De acordo com estudo epidemiológico realizado por Kessler indivíduos com PTSD têm duas a três vezes maior probabilidade de apresentar transtorno por uso de substância, em relação aos que não apresentam PTSD. Levantamentos realizados entre os indivíduos que buscam tratamento devido ao uso de substância constataram que 25% a 58% destes pacientes apresentavam comorbidade com PTSD. O transtorno por uso de substância em comorbidade com o PTSD, leva a um pior prognóstico do primeiro. Brown, Stout e Mueller, num estudo piloto, compararam mulheres dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas, com e sem comorbidade com PTSD, quanto a taxas de recaída. Esses autores constataram que, ao final de 3 meses, as taxas de recaída não diferiram entre as mulheres com ou sem comorbidade com PTSD. Entretanto, as mulheres com PTSD apresentaram recaída mais precocemente.

Semple realizou exames de tomografia por emissão de positrões em pacientes com PTSD e história de abuso de álcool e cocaína, em comparação com indivíduos normais. Observou-se maior fluxo sanguíneo cerebral na amígdala e menor fluxo sanguíneo no córtex frontal dos pacientes com PTSD e comorbidade, com abuso de álcool e cocaína, em relação aos indivíduos normais.

PTSD e transtornos de humor

- Os transtornos afectivos - depressão, distímia e mania - são duas a três vezes mais prováveis de ocorrer em pessoas com PTSD, quando comparadas a pacientes sem o transtorno. Kessler constatou que homens com PTSD apresentam seis a dez vezes maior probabilidade de apresentar transtorno afectivo do que homens sem PTSD. No que respeita às mulheres com PTSD, a probabilidade de desenvolver transtorno afectivo é quatro ou cinco vezes maior.

Sujeitos que tenham sido expostos a eventos traumáticos têm, de acordo com Berlin *et al.* (2003) um risco aumentado de desenvolver:

- 14 a 25% - Transtorno de Stresse Pós Traumático
- 26% - Depressão maior, transtorno do pânico e de ansiedade generalizada e abuso de substâncias.
- 3,4 - Sintomas somáticos e doenças físicas (particularmente hipertensão, asma e dor crónica)

Sempre que há um caso de Stress Pós Traumático diagnosticado, existe a necessidade de serem examinadas comorbidades, uma vez que em pelo menos 80% dos casos foram encontrados transtornos pelo menos um transtorno psiquiátrico.

A prevalência ao longo da vida para transtornos comórbidos com a Perturbação de Stress Pós Traumático é de aproximadamente:

- 48% para depressão maior,
- 22% para distímia,
- 16% para transtorno de ansiedade generalizada,
- 30% para fobia simples,
- 28% para fobia social,
- 73% para abuso de substâncias e,
- 31% para transtorno de personalidade anti-social.

Berlin *et al.* (2003) salienta que a importância da identificação de comorbidades em indivíduos com SPT fica evidente quando as suas consequências são tidas em consideração.

Depressão

- É frequente que surjam algumas questões que se prendam com a ordem pela qual se verifica a comorbidade. Ou seja, se o PTSD aparece antes ou depois da outra perturbação psiquiátrica. Kessler *et al.* (1999) tenta dar resposta a esta questão, tendo constatado que a PTSD, em geral, aparece antes da manifestação de um transtorno afectivo comórbido. A mesma tendência é registada para o uso e abuso de substâncias. Ainda em relação aos resultados obtidos no seu estudo, Kessler (1999) pode constatar, em relação a outros transtornos de ansiedade, a PTSD parece não anteceder os outros transtornos.

Berlin *et al.* (2000) mostram alguns estudos que não são unânimes em relação à ordem com que se apresenta a Depressão Major e a PTSD. Alguns dos estudos demonstram que:

- **Depressão major secundária ao PTSD**

Estudo têm revelado que os inícios dos sintomas do Stress Pós- Traumático e da depressão Major após um determinado acontecimento traumático demonstram consistentemente uma relação entre a ordem cronológica e a causalidade. A maioria das investigações apresentam a depressão como uma consequência do Stress Pós Traumático. No *National Comorbidity Study*,¹ 78,4% dos indivíduos deprimidos com SPT em comorbilidade referiram que o início do transtorno de humor ocorreu depois de já estar diagnosticado o PTSD. Um estudo levado a cabo por Bleich *et al.* (1997) com veteranos israelenses demonstram que:

- **Depressão Major em origem simultânea com a PTSD**

- a depressão apresentam uma origem conjunta em 65% dos casos.

- **Depressão Major antes da PTSD**

- A depressão precedeu o TEPT em 16% dos casos

- **PTSD antes da Depressão**

- O PTSD antecede a Depressão Major em cerca de 19% dos casos avaliados.

O conceito de Neurose de guerra aparece desde a Primeira Guerra Mundial. A 28 e 29 de Setembro de 1918, realiza-se em Bucareste, o 5º Congresso Psicanalítico Internacional.

Distinguindo neurose em tempo de paz, de neurose de guerra Freud e outros psicanalistas concordavam que existia uma mesma etiologia sexual para ambas. Consideravam que se tratavam de neuroses resultantes de experiências assustadoras ou graves acidentes.

A presença da *pulsão* de morte, natural em qualquer estado do sujeito, aumenta com a percepção de perigo, ou seja, em situações de ameaça. Assim, também a se verifica uma compulsão para a repetição. Era defendido que esta compulsão funciona como manutenção do principio de prazer (Andrade, 2005).

Neste caso a repetição serviria para provocar a elaboração, que é bastante difícil de conseguir aquando de acontecimentos traumáticos.

Como diz Laplanche, (1971, citado por Andrade, 2005) “é evidente que se considerarmos que o princípio do prazer se acha directamente a serviço das pulsões de morte, a compulsão a repetição considerada no sentido mais radical em que aceita Freud, não pode ficar situada” mais alem do princípio do prazer” .

Mas se a consideração de uma tendência repetitiva característica do inconsciente está associada a uma tendência de restituição, como função do ego a repetição irá funcionar como necessária ao equilíbrio do sujeito (Dias, 2005).

O conceito de repetição é bastante usado, desde que Freud apresenta a sua teoria. De acordo com este autor, este conceito não deve ser dissociado de outros dois:

- Compulsão- trata-se de um conceito fundamental para a teoria psicanalítica. Jacques Lacan (1964) chega a tomá-lo como parte da própria **definição de inconsciente**, situando-o, em seu seminário de 1964, entre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.

Como grande parte dos conceitos da teoria psicanalítica, a repetição também sofre mudanças, revisões e elaborações. As idéias de Freud vão desde a concepção de que a psicanálise poderia fazer cessar a repetição até ao ponto que ela seria constituinte e estrutural do sujeito.

- **Elaboração** – psíquica é proposta como um trabalho de força que consiste na transformação da quantidade de energia que permite transforma-la a partir de mecanismos tais como derivação e ligação. A elaboração é então pensada como trabalho elaborativo, e em analogia ao trabalho da cura e ao modo do funcionamento espontâneo do psiquismo.

Mesmo a reunião de todos estes conceitos de conexões associativas, repetição, derivação, ligação e elaboração garantem que haja sucesso.

Freud detalhou esta dificuldade de elaboração psíquica na teoria da histeria nas neuroses actuais e nas neuroses de destino, onde a repetição toma conta da cena. Em *Além do Princípio do Prazer* (1920) faz um levantamento dos exemplos de repetição encontrados no quotidiano, na literatura, na arte, nos traumas e nos actos dos sujeitos, para observar que nem todos responderiam ao princípio do prazer (Andrade, 2005).

Se pensarmos nos sonhos que se remetem a traumas, ou até nos sonhos de punição não podem ser encarados como realização simbólica do desejo. Um exemplo específico disso é o facto de as neuroses traumáticas não se tratarem de realizações de desejo.

De forma a colmatar esta lacuna, Freud introduz um conceito que acabou por não explicar da melhor forma- neurose de destino- a qual apresenta uma concepção metafórica forte.

O que realmente acontece na PTSD é que os sujeitos são levados a reviver traumas e experiências bastante dolorosas, nada prazenteiras.

Neste sentido, Andrade (2005) salienta que há uma relatividade sobre a vivência do acontecimento. Ele pode ser vivido como experiência individual, como vivência traumática ou como evento social, político, económico, ou outros. Em qualquer experiência temos que contar com a vida pulsional e sua ambiguidade, de vida e morte. A *“pulsão de morte”* segundo a corrente psicanalítica é a que sustenta, de acordo com esta teoria, o facto de as **compulsões serem conduzidas à repetição**, independentemente do princípio do prazer. Assim, a vida mental é organizada através da oposição entre duas pulsões: de morte (*Tânatos*) e de vida (*Eros*).

O facto de uma determinada imagem ou pensamento “horrível” nos perturbar é ainda mais aterrador se pensarmos que essa mesma imagem é real. É como se fossem dois pesos em um. Jean Baudrillard acredita que, mesmo que inicialmente, a violência do real esteja presente e que se associe ao *frisson* da imagem, a imagem está aí no início, e é associada ao *frisson* do real. Alguma coisa como uma ficção a mais, uma ficção que vai além da ficção e que se torna insuportável para o sujeito. Talvez como Ballard, que pretendia reinventar o real, como a última e a mais renovável ficção (Baudrillard, 2002, citado por Andrade, 2005).

, O acontecimento de guerra é registrado e acompanhado, melhor dito, **contaminado** por ansiedade, terror, e medo.

A compulsão a repetição dos horrores de guerra pode estar apoiada em dois conceitos formulando duas hipóteses. Um dos conceitos é pensado por Anthony Giddens sobre a possibilidade de um eu *“sem corpo”*, proposto pelo psicanalista Winnicott, em relação ao *“falso eu”*, ou *falso self*, como explica “ a pessoa “sem corpo” pode não se sentir envolvida no desejo corporal, e experimentar o perigo como se fosse uma ameaça a outra pessoa. Ele ou ela pode de facto ser capaz de enfrentar

ataques ao bem-estar do corpo com mais facilidade que um indivíduo comum, ao preço de intensas ansiedades de outros tipos. (Giddens , 2002)

Neste caso o registro do acontecimento da guerra provocaria “*ficar sem corpo*” como uma tentativa de transcender os perigos e ficar em segurança. Uma espécie de defesa, conhecida como **isolamento do eu**, que consiste em isolar pensamentos ou comportamentos de tal forma que se rompem suas conexões com sua existência (Dias, 2005). Numa perspectiva mais cognitivo-comportamental, penso que será equivalente ao que designamos como desrealização e despersonalização.

Freud também se dobrou sobre este tema, considerando que as neuroses de guerra se tratam de neuroses traumáticas, que resultavam de um conflito no ego: um conflito entre o ego antigo do soldado, amante da paz, e o seu ego militar. Este conflito estaria ausente nas neuroses traumáticas em tempo de paz. Freud empregou o termo *Kriegsneurosen*- neurose de guerra.

De acordo com Finkel (1976, citado por Ferreira, 2003) cerca de 90% dos doentes da I Guerra Mundial, os psiquiatras não conseguiam enquadrar em nenhuma das perturbações até então delineadas, sendo que os sintomas não se enquadravam com a tradicional visão de neurose (Brill, 1966, citado por Ferreira, 2003).

Já na Segunda Guerra Mundial o termo de “*neurose de guerra*” é utilizado de forma global para todas as reacções anormais dos soldados em tempo de guerra (Brill, 1967, citado por Ferreira, 2003) distinguindo entre as neuroses criadas em batalha e as neuroses resultantes de problemas dos soldados sem causa relacionada directamente com a violência dos episódios vivenciados em cenário de guerra.

Neste período ganha força um novo conceito: “Exaustão de Combate” sendo descrito por Swank (1949 citado por Ferreira, 2003) como “ a seguir a um período, por vezes muito longo, de adaptação adequada às circunstâncias da guerra, um soldado começa a sentir-se fatigado. Esta fadiga é crónica e não desaparece facilmente. O soldado torna-se incapaz de distinguir entre os muitos sons da guerra; fica facilmente confuso, torna-se nervoso e perde a auto-confiança; a irritação aparece com frequência crescente; reage exageradamente a toda a espécie de estímulo; o seu aspecto trai a sua ansiedade; torna-se apático e passivo; não consegue recordar detalhes; torna-se indolente, tanto física como mentalmente; esta situação pode tornar-se perigosa pois alguns soldados caminham directamente para as linhas inimigas; existem reacções físicas, sentimentos de inadequação, medo das multidões e um desejo de estar só”.

Uma investigação levada a cabo por Swank mostra claramente que a natureza e o grau dos sintomas eram notavelmente uniformes em todos os soldados.

Os métodos de tratamento da “exaustão de combate” na Segunda Guerra Mundial eram (Bourne, 1970 citado por Ferreira, 2003):

- Repouso, frequentemente com a ajuda de sedativos e relaxamento.
- Narcoterapia. Administrava-se ao soldado um narcótico suave de modo a aumentar a sua sensibilidade às sugestões. Era-lhe dito que falasse acerca do que o estava a preocupar e que expressasse os seus sentimentos .
- Hipnose, particularmente em combinação com narcoterapia.
- Terapia verbal, uma forma de conversas habitualmente muito directivas sobre as experiências traumáticas do soldado.
- Discussões de grupo e terapia de grupo, em que o grupo era constituído exclusivamente por doentes.
- Terapia pelo sono (“cura de sono”) durante vários dias.

Tratamento Psicofarmacológico da Perturbação de Stress Pós – Traumático

A recente investigação sobre a PTSD, sugere que existe uma série de modalidades de tratamentos eficazes, de onde se destacam as terapias cognitivo-comportamentais e os anti-depressivos como os tricíclicos, os inibidores da monoamino-oxidase ou IMAO (Kosten *et al.*, 1991 citado por Ferreira, 2003) e os inibidores selectivos da recaptção da serotonina ou ISRS. (Serra, 2003)

De acordo com Davidson e Van der Kolk (1996; citado por Ferreira, 2003) o tratamento psicofarmacológico de uma PSPT tem por objectivos:

1. Melhoria da sintomatologia

- Reduzir os sintomas intrusivos e a tendência para interpretar os estímulos como recorrência do trauma.
- Diminuir o comportamento de evitamento.
- Melhorar o embotamento, o distanciamento e o humor.
- Diminuir a hiperactivação, tanto tónica como a desencadeada pela exposição a uma recordação do trauma.
- Diminuir a impulsividade e os sintomas psicóticos e dissociativos.

2. Aumento da capacidade de adaptação ao stress.

3. Diminuição do risco de comorbilidade secundária à perturbação (comportamentos violentos, suicídio, etc.).

4. Melhoria do funcionamento do doente.

5. Melhoria da sua qualidade de vida.

Kaplan e Sadock (1998) realçam que a psicofarmacologia é sobretudo útil para combater a ansiedade, a activação vegetativa, a depressão e os transtornos do sono. É menos eficaz no tratamento de respostas de evitamento, anestesia emocional e negação do acontecimento. Consideram também que quando se institui uma terapêutica farmacológica adequada, esta deve manter-se pelo menos durante um ano.

Apesar dos estudos que se têm vindo a realizar, persistem ainda algumas dúvidas relativamente ao tratamento desta perturbação, não tendo ainda sido possível estabelecer normas tão claras e padronizadas como as propostas para outras patologias, como a depressão ou a esquizofrenia (Ferreira, 2003).

Yehuda e Turner (1999 citado por Ferreira) destacam a existência de um tratamento farmacológico que actua como um mero coadjuvante do tratamento psicológico que facilita a aplicação das técnicas psicoterapêuticas, enquanto que por outro lado, outros autores destacam este tipo de tratamento como o indicado para as alterações biológicas subjacentes à perturbação. Ou seja, enquanto que na primeira perspectiva, a perturbação é conceptualizada como a resposta normal face a um

acontecimento traumático, na segunda defende-se um processo mal-adaptativo que decorre de alterações nos sistemas biológicos do indivíduo (Ferreira, 2003).

Contudo, apesar da existência de algumas dúvidas e controvérsias relativamente à psicofarmacologia usada para a PSPT, as drogas utilizadas com sucesso no tratamento desta perturbação giram em torno dos compostos tricíclicos, os inibidores da monoamino-oxidase (IMAO's), anti-convulsionantes (por exemplo: carbamazepina, valproato) e os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRSs). A clonidina e o propranolol são sugeridos pelas teorias envolvendo a hiperactividade noradrenérgica na perturbação. Relativamente aos antipsicóticos (por exemplo: haloperidol), quase não existem resultados positivos na PSPT, sendo que o seu uso deve ser evitado, excepto, talvez, para o controlo a curto prazo da agressão e agitação severa. (Kaplan, 2003 & Serra, 2003)

Os ISRSs (Inibidores selectivos da recaptação da serotonina) são tidos como os fármacos de primeira escolha, uma vez que apresenta um elevado grau de eficácia sobre todo o espectro sintomatológico da PSPT e escassos e bem tolerados efeitos secundários (Ferreira, 2003). Entre os vários tipos de ISRSs a Sertralina, em doses que variam entre 50 mg./dia, foi o primeiro medicamento deste tipo a ser aprovado pela FDA, em 1999, para o tratamento da PSPT (Commer & Figgitt, 2000 *in* Serra, 2003).

A resposta terapêutica é considerada satisfatória caso leve ao restabelecimento do sono, à diminuição dos pesadelos à melhoria do estado de humor das actividades sociais e à reinserção no trabalho (Serra, 2003).

A eficácia dos tricíclicos imipramina e amitriptilina no tratamento da PPT é apoiada por vários estudos, e embora existam alguns que apresentam resultados negativos, as condições de testagem apresentam falhas sérias que não asseguram a sua validade (Kaplan, 2003).

Contudo, para Davidson (1999 *in* Ferreira, 2003) fármacos como os tricíclicos e IMAO devem de ser de segunda ou de terceira linha pois apresentam vários efeitos secundários, perigo de sobredosagem, baixas taxas de adesão à terapêutica e síndrome de descontinuação.

Ferreira (2003) faz referência à indicação pelo tipo de trauma. Como já se referenciou, os ISRSs (como a nefazodona e venlafaxina) são recomendados para todo o tipo de trauma analisado (guerra, trauma sexual no adulto, físico ou sexual durante a infância, acidentes, catástrofes naturais, vítima de crime violento ou tortura, testemunha de um crime, etc.).

Além dos ISRSs, são recomendados especificamente:

- *Antidepressivos Tricíclicos*- todos os tipos de trauma.
- *Benzodiazepinas*- trauma sexual no adulto, acidentes e catástrofes naturais. (Alguns autores não aprovam o uso das benzodiazepinas na PSPT)
- *Estabilizadores do humor*- traumas de guerra, abuso físico e sexual durante a infância, crimes violentos ou tortura.

Apesar dos resultados positivos apresentados por psicofármacos (ISRSs, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamino-oxidase e os anticonvulsivos), Davison (1997 *in* Ferreira, 2003) considera que estes se devem quase que exclusivamente à melhoria dos sintomas, tendo sido insuficientemente estudado o seu efeito sobre o funcionamento e a qualidade de vida dos pacientes.

A partir do momento em que se registre uma recuperação completa, a terapêutica farmacológica pode ir sendo reduzida, ao longo de meses, até à supressão total. A rapidez com que poderá ser feita deverá ter em atenção a ausência dos sintomas e a adequação do comportamento (Serra, 2003).

Algumas considerações (Ferreira, 2003):

- O tratamento de iniciar-se caso 3 semanas após o acontecimento traumático não se registre melhoria na resposta ao stress agudo.
- A posologia deve ser inicialmente em doses baixas e indo aumentando gradualmente até atingir, no mínimo, as doses aconselhadas para a depressão.
- Cuidados na utilização dos ISRSs:
 - a. Continuar o tratamento por tempo suficientemente longo;
 - b. Aumentar a dose até ao máximo caso a dose inicial manifeste ausência de resposta ou uma resposta parcial. Período de 6- 8 semanas para que se verifique se a medicação resultar.
 - c. A eficácia das intervenções psicofarmacológicas prende-se com os critérios do quadro seguinte (segundo o modelo clássico de Kupffer para as perturbações depressivas):

Remissão ou resposta completa	Resposta Parcial	Ausência de resposta	Refractarie dade
Redução em mais de 75%, mantida durante pelo menos 3 meses	Redução dos sintomas entre 25% e 75%	Redução dos sintomas em menos de 25%	Ausência de resposta ou resposta muito fraca após várias tentativas com técnicas biológicas e psicoterapêuticas

d. Pelo GP (Foa *et al.*, 1999) são necessárias, no mínimo, 8 semanas para que se conclua se se produziu resposta ou não ao tratamento. O GICDA (Ballenger e tal., 2000) defende as 12 semanas como período mínimo.

e. Caso não se registre resposta, recomenda-se acrescentar psicoterapia e/ou mudar de medicação escolhendo como segunda opção um antidepressivo tricíclico ou um IMAO.

Margis *et al.* (2003) faz referência ao facto de que, apesar da grande prevalência da PTSD e da alta taxa de comorbilidade desse transtorno com a Depressão Major, são escassos na literatura ensaios clínicos randomizados (e mesmo estudos abertos e/ou não controlados) que tenham avaliado diferentes formas de tratamento dessa complexa entidade clínica.

Caso Prático

Nome: IR

Idade: 59 anos

Posto: 2º SAR REF

O IR vem às consultas de psicologia encaminhado pelo Serviço de Psiquiatria. Numa fase inicial o objectivo prendia-se com a realização de uma avaliação psicológica do tipo Modelo 2, para ser integrado no relatório geral, do pedido reabertura do processo de invalidez do paciente IN. Estes pedidos de reabertura são frequentes no Hospital da Marinha pois os pacientes que se encontram na reforma ou na reserva, de acordo com o grau de invalidez que lhes foi atribuído, recebem uma quantia na reforma, que lhe seja equivalente. Com o agravamento da sintomatologia, ou percepção de que a percentagem de invalidez atribuída, não é a mais adequada, os pacientes podem dar seguimento a uma reabertura do seu processo. Desta forma, de acordo com as dificuldades apresentadas, assim são avaliados nas mais diversas especialidades médicas, sendo que cada uma atribuiu determinada percentagem de incapacidade, que no final será ponderada e permitirá a atribuição de uma percentagem de invalidez total.

Depois de realizar a avaliação, já anteriormente mencionada, o IN achou que teria benefícios em manter um acompanhamento psicológico no Hospital da Marinha.

Desta forma, foi agendada uma próxima sessão para que se iniciasse o acompanhamento psicológico do paciente.

Sessões

Primeira Sessão

O IR apresenta uma aparência cuidada e chega sempre com bastante antecedência às consultas.

Tem um tom de voz elevado e um ritmo de linguagem acelerado. Quando fala não se percebe com clareza, parece que “engole” algumas palavras. Por vezes fixa como que fixa numa palavra e repete-a várias vezes. Isto também acontece com a repetição de frases completas.

Não é como forma de enfatizar a sua ideia, pois parece-me que se trata de uma acção involuntária da sua parte, quase como que se perdesse o controlo sobre que sua linguagem.

É capaz de manter o contacto ocular, apesar de que quando tenta transmitir uma ideia, depois de fixar o olhar, acaba também este por se dispersar pelo meio envolvente, não se fixando em nenhum estímulo em concreto.

Nesta primeira consulta o IR recorre à psicologia porque não se sente bem-“ando revoltado e afectado” (sic).

Revela ruminação de ideias, quando refere que pensa muito nas coisas e que se esquece facilmente de outros aspectos da sua vida. Isto faz com que promova uma economia ao nível do pensamento, dado que sobrepõe assuntos e detrimento de outros.

Ao nível do sono, apresenta um tipo de sono intermitente preenchido muitas vezes com pesadelos.

Não gosta de sítios com muitas pessoas pois o barulho faz-lhe confusão.

Sente-se muito revoltado com a sua condição de vida e reafirma que está farto de tudo e que não sabe o que fazer, “sinto-me perdido” (sic). À medida que expressa estes sentimentos gesticula os braços e bate com os pés no chão – “não ando nada bem” (sic), penso em tudo o que já passei”.

Vive sozinho – “estou isolado em casa” (sic), mas, por vezes, vai até ao Alentejo, a sua terra natal.

Em relação ao apetite diz “às vezes não posso ver comida à frente” (sic). Conta ainda que a sua mãe faleceu em Janeiro deste ano, com 91 anos e de alguma forma isso deixou-o também abalado.

Ao longo da sessão continua a dizer que tem “vontade de desaparecer “ (sic), “se morresse não sentia dores, não sentia nada”” (sic) e à medida que diz estas palavras, fecha os olhos e volta a retorquir “você não sabe as dores que eu tenho” (sic).

Refere que fez duas comissões na Guiné, em 1967 e conta que passou por muitas situações bastante complicadas. Salienta o acidente que teve, em que o rebentamento de uma bomba, o atingiu a si e a mais um camarada. “Segurei nas minhas próprias tripas” (sic). É visível a emoção que sente ao falar destas vivências e o sofrimento que é reavivado em si. Gesticula bastante e chora com frequência no decorrer da consulta.

Segunda Sessão

O IR encontra-se reformado desde 1970, por invalidez da armada.

Quando tinha 18 anos deu-se como voluntário para os Fuzileiros Especiais. Diz que foi algo que sempre quis, “aquela boina era um orgulho” (sic).

Entre 1967 e 1968 este numa missão na Guiné, tendo regressado depois a Portugal. Ainda ficou cá durante algum tempo, mas acabou por ser de novo mandado para a Guiné.

Menciona que a guerra lhe causou muito sofrimento. Volta a focalizar-se no acidente que teve e que lhe deixou sequelas para o resto da vida. O rebentamento da mina fez com que ficasse com as suas tripas na mão e que tivesse de ser sujeito a bastantes operações que lhe refizessem parte do aparelho digestivo. “Desde essa altura que nunca mais voltei a ser o mesmo” (sic). Quando conta a forma como aconteceu o acidente, levanta-se da cadeira e reproduz todos os passos como se se encontrasse no mato. Coloca uma expressão “dura”, bastante diferente da de vulnerabilidade e desmotivação que tem vindo a demonstrar nas sessões.

De entre as muitas sequelas com que ficou, uma das mais incomodativas tem a ver com o facto de ter ficado com o corpo cheio de estilhaços. Motivo pelo qual se está sempre a coçar. Esses estilhaços, pela opinião dos médicos não podem ser retirados, pois são muitos e estão dispersos por todo o lado. “Tenho disto em todo o corpo, até nos testículos” (sic). Refere que é algo bastante incómodo e que já não sabe o que há-de fazer.

Outras das mazelas que teve foi ao nível das pernas, as quais ainda hoje lhe doem e, desde o acidente nunca mais pode suportar pesos ou fazer esforços, pela fraqueza que sente nos membros inferiores.

Foi muito tempo de internamento que teve no Hospital da Marinha e várias as operações que realizou, “acho que já ninguém pensava que eu ia ficar vivo” (sic).

Relata episódios de guerra onde viu muitos dos seus colegas morrerem, pelo que diz que também, algumas vezes, “acabava por ir para a casa de banho chorar” (sic). Diz que esses episódios nunca mais o abandonaram e que frequentemente pensa neles, “ainda hoje estão muito presentes” (sic). Menciona que é algo que nunca vai esquecer.

A sua mulher suicidou-se em 1991, acontecimento esse que o deixou muito transtornado e sobre o qual refere que ainda não se sente capaz de falar.

Apresenta queixas relativamente a :

- sentimentos de grande tristeza

- revolta;

- momentos em que sente que pode ser bastante agressivo mas que, a maioria das vezes, acaba por não ser. “Se bem que com a minha mulher à vezes...”(sic).

O IR tem muitas dificuldades em dormir. Há noite dá voltas e voltas e não consegue adormecer. Acaba muitas vezes por se levantar e andar pela casa sem saber o que fazer. Nessas noites acaba, como diz, por “ pensar no que não deve” (sic), isto é, nas suas vivências na guerra.

Quando consegue dormir, é muito frequente ter pesadelos que giram também em torno da sua experiência de guerra.

Diz que tem muitos problemas de memória. Quando lê um livro tem de voltar sempre a ler a página anterior, pois esquece com muita facilidade. Não é capaz de se concentrar e perdeu a paciência para tudo o que exista estar durante algum tempo no mesmo lugar ou a realizar a mesma tarefa.

Todo este mau estar, faz com que não se sinta bem em nenhum lugar, nem com nenhuma pessoa, pelo que refere que cada vez mais tem tendido para o isolamento social.

Menciona ter sido acompanhado por vários médicos, quer no Hospital da Marinha, quer no privado. Em 1995 esteve a ser acompanhado por um psiquiatra do Hospital Júlio de Matos.

Encontra-se a tomar vários psicofármacos, como antidepressivos, benzodiazepinas, ansiolíticos, entre outros.

Relativamente à relação que mantém com os seus filhos, menciona que de uma forma geral é boa. Mas diz que por vezes se chateia e que discute com eles, e que muitas dessas vezes nem consegue entender o motivo das discussões. “Eu enervo-me e irrito-me muito facilmente” (sic).

Durante a entrevista, o IR demonstrou estar bastante ansioso e emocionou-se bastantes vezes. Era notória a agitação psicomotora e o sofrimento psíquico, sobretudo quando se referia a situações de guerra ou aos seus familiares.

Relativamente às dificuldades de memória, refere que está a ser seguido acerca de 5 anos no serviço de Neurologia.

No final da sessão relata ainda um episódio em que descreve uma ocasião em que estava bastante nervoso e com muitas dores de cabeça , deitei-me e no outro dia de manhã quando acordei não via nada. Os meus olhos estavam abertos mas eu não via, pensei que tivesse ficado cego “ (sic).

Posteriormente fez vários exames, porque pensava que poderia ter um tumor na cabeça. Essa ideia foi logo posta de lado, pois os exames não lhe diagnosticaram nada. Posteriormente a esse período, foi perdendo a visão gradualmente. Actualmente refere não ver do olho esquerdo, vê tudo desfocado. Não consegue ver nitidamente e sente que vez está pior.

Terceira Sessão

O IR apresentou-se na consulta bastante agitado e ansioso. Demonstra resistência para falar sobre o que o perturba e angustia. Menciona, repetidamente, “Isto não é nada fácil, é muito difícil. A guerra deu cabo de mim” (sic).

Após algum silêncio relata pequenos episódios de si e dos seus companheiros na guerra mas acaba sempre por não os finalizar, pois emociona-se. Denotam-se acentuados sentimentos de revolta, sofrimento, humor depressivo e ansiedade, provocados pela guerra e também pelo seu isolamento social. “Tenho necessidade de me isolar de tudo e de todos, mas eu não era assim” (sic).

Menciona não conseguir dormir, segundo refere dorme apenas 2 ou 3 horas por dia. Durante a noite tem de ir à janela “ver a claridade da noite – a lua” (sic).

Não consegue ouvir foguetes, “deixei de ir às festas da minha terra por causa disso. Ao ouvi-los a minha primeira reacção é deitar-me no chão e deitar as pessoas que estão ao meu redor.” (sic).

Ao andar de elevador também se sente mal, sendo que apenas é capaz de o fazer quando vem acompanhado por alguém. Para vir às consultas no Hospital da Marinha o IR tem de apanhar o barco, o que também o faz sentir mal, na medida em que se recorda dos barcos que tinha de apanhar quando estava na guerra, “vê, vê ... eu não era assim ... mas porquê?” (sic).

Passar na Ponte 25 de Abril também o incomoda bastante, não sabe muito bem o porquê, mas não se sente confiante e seguro.

A única coisa que neste momento o anima é estar com o seu neto. Apesar de sentir que não é capaz de esquecer os seus problemas e os seus pensamentos de guerra, quando está com o neto, consegue nem que seja por breves momentos abstrair-se de todos esses “fantasmas” (sic).

Refere que o seu filho está constantemente a dizer-lhe para arranjar uma mulher, para ter uma companheira. Mas nesses momentos o IR não é capaz de dar uma resposta. Explica que não quer nenhuma mulher devido ao facto de não se sentir

bem consigo e que não tem qualquer tipo de desejo sexual. O facto de o seu filho insistir nesta ideia parece deixar o IR bastante irritado, tornando-se por vezes, agressivo verbalmente.

Denota-se ao longo do decorrer da sessão um acentuar da ansiedade e agitação psicomotora demonstradas inicialmente, o que se pode ficar a dever à saturação e cansaço.

Levanta-se várias vezes para exemplificar as cenas de guerra que vai descrevendo mas também por se encontrar bastante agitado.

Menciona que não está a ser capaz de lidar com toda esta situação e que se sente cada vez pior, “cada vez mais só” (sic).

Menciona ainda que a medicação que lhe foi prescrita não lhe está a surtir qualquer efeito, e que os problemas em dormir e de ansiedade/ pensamentos ainda se mantêm.

Quarta Sessão

Apresentou-se na consulta, em comparação com a consulta anterior, com uma postura mais calma e adaptada.

Apresenta um discurso coerente, ainda que manifeste algumas resistências em falar.

O IR começa por referir que no dia anterior se sentiu “ bastante em baixo e sem motivação para fazer nada” (sic).

Refere que se sente muito cansado e que o facto de não dormir ainda agrava mais o seu estado. É notório um acentuado humor depressivo e alguma ansiedade. “Sinto-me muito cansado e como não durmo, o meu cérebro não descansa. Estou sempre a pensar e a reviver as situações.” (sic).

Denota-se, ao longo da sessão, uma falta de motivação, concentração e de expectativas em relação ao futuro. Apresenta uma baixa auto-estima e um desinvestimento generalizado.

Nesta consulta foi feita uma tentativa de levar o IR a pensar sobre o que poderia fazer para melhorar a sua situação e lidar melhor com os seus problemas. Ao que o IR responde que é algo muito complicado. Contudo, menciona que iria pensar sobre o que foi falado na consulta. Foi evidente o desinvestimento face à sugestão feita.

O IR demonstra ideação suicida. Refere já ter pensado várias vezes em suicídio, e em cometê-lo. “Era a solução ideal para os meus problemas, já não ando cá a fazer nada. Só não o faço por causa do meu neto” (sic).

Quinta Sessão

Apresentou-se na consulta com um humor depressivo contido, bastante agitado e com um discurso confuso e algo incoerente.

No decorrer da consulta manifesta sentimentos de grande revolta, insatisfação e tristeza para com a situação em que se encontra e a incapacidade de fazer alguma coisa para a alterar. Toda a revolta e angústia que sente é também dirigida para toda a sociedade em geral.

Ao falar da guerra, relata apenas parte dos episódios e consoante é a cena que vai descrevendo assim altera o tom da sua voz.

Reforça a ideia do cansaço que sente e que constantemente o tem acompanhado, “é um cansaço mental, continuo sem conseguir dormir” (sic). Foram trabalhados alguns aspectos com o IR no sentido de uma psicoeducação do sono:

- Não beber líquidos depois de jantar
- Não ver televisão no quarto
- Tentar fazer refeições ligeiras, principalmente à noite
- Se possível tentar dar um passeio a pé

O IR refere que faz isso tudo e que mesmo assim não consegue dormir, “nem com os comprimidos lá vou...” (sic).

No decorrer da consulta após falar sobre algo que o perturba, faz muitos e prolongados silêncios.

Sexta Sessão

Apesar de aparentar uma postura calma, começa por referir que tudo lhe faz confusão “ a música lá de fora enquanto aguardava a consulta, já me estava a fazer confusão” (sic).

Refere que foi à consulta de psiquiatria e que lhe foi prescrita mais medicação, mais especificamente, Triticum e Pozolan). Segundo diz, foi-lhe aconselhado o tentar descansar e dormir.

Continua dizendo que se sente com um cansaço fora do normal. Refere ter sido convidado para um almoço de convívio com os respectivos colegas do destacamento. Nunca foi a estes almoços, pois diz que tem medo de se emocionar demais. Mas este ano pensa que poderá ir. Parece existir uma vontade para mudar, mas que a confrontação com as vivências passadas é sentida como demasiadamente dolorosa.

Diz que tem pensado sobre o facto de ver as gravações que tem da altura da guerra e que “se calhar é melhor deixar de ver essas coisas. Porque por um lado fico contente por ver os meus colegas mas depois fico triste porque muitos deles já morreram. E depois não consigo dormir ” (sic).

Sétima Sessão

Começa por referir eu sente umas dores bastante intensas devido ao problema que tem de próstite crónica.

Da parte da manhã foi ao médico do HM e que por isso é que deu para ficar para a consulta de psicologia. A sua vontade era de ir para casa, tomar a medicação e deitar-se. Não foi ao almoço com os seus colegas que também estiveram na guerra.

Também não voltou a ver as gravações que tem da guerra.

O seu discurso relativo a toda a sua situação mantém-se semelhante: “Tudo me faz confusão e irrita-me muito facilmente. A guerra deu cabo de mim” (sic).

A sessão termina muito mais cedo devido ao seu mal-estar provocado pelas dores que sentia.

Oitava Sessão

Começa por referir que em relação à semana anterior sente-se melhor mas que o cansaço ainda persiste.

Após todas estas sessões, começa a falar da sua infância. Considera que foi uma infância “normal” (sic), sem nenhum incidente traumático. Começou a trabalhar no campo muito novo porque os seus pais não tinham muitas possibilidades económicas.

Em relação à sua mulher, e à sua situação familiar em geral. Haviam sempre muitas discussões entre ele e a esposa. Sabe que se irritava muito facilmente, mas considera que nunca foi violento para com a mulher.

Acha que todas estas discussões e problemas se iniciaram com o seu regresso da guerra.

Relativamente ao suicídio da mulher, querão que frequentemente tem vindo a evitar, refere não saber ao certo o que a levou a cometer tal acto mas pensa que talvez tenha tido a ver com toda a situação familiar: “as discussões, os seus traumas de guerra, os seus problemas de saúde (esteve aproximadamente um ano internado no hospital), “e também era uma pessoa complicada de lidar devido aos traumas de guerra” (sic).

É evidente ainda a persistência de ideação suicida através de verbalizações do género: “ não ando cá a fazer nada...a vida não se resume a comer para sobreviver. Não consigo estabelecer uma relação conjugal com ninguém, não tenho desejo sexual. A minha mulher acabou com todos os seus problemas e eu devia de fazer o mesmo. Isto não é viver” (sic).

Após todas estas verbalizações, faz um longo silêncio e pede para terminar a sessão.

Nona Sessão

Manifestou uma postura calma e colaborante.

Continua a apresentar queixas relativas ao cansaço enorme que sente “ a minha cabeça não descansa, estou sempre a pensar nas mesmas coisas, na guerra”(sic). Mantém as 2 /3 horas de sono diárias, mesmo com a medicação. Tem pesadelos frequentemente e na sua maioria são relacionados com a guerra.

Refere ter ido para a terra mas que só lá esteve um dia. Esse regresso repentino é justificado por não se estar a sentir lá bem “tinha necessidade de vir para a minha casa. Ando-me a isolar muito”(sic).

Manifesta um grande desejo de melhorar a sua situação, de resolver os seus traumas de guerra, e sobretudo de descansar.

Refere que irá colocar a hipótese de voltar a ser internado “ para fazer uma terapia do sono” (sic). Sente que precisa de descansar, de dormir. Tem ideia de que não irá esquecer as situações que viveu na guerra, mas que pode pelo menos aprender a lidar com isso.

Décima Sessão

Mantém-se o estado de humor depressivo e com irritabilidade fácil.

Todo o discurso feito vem no mesmo registo das sessões anteriores sendo que o acumular de cansaço psíquico e físico vai sendo sentido como cada vez maior.

Encontra-se bastante desmotivado e sem qualquer tipo de expectativas positivas no futuro. Tem uma postura de desistência e acomodação que segundo o IR, só o amor que tem pelo neto, pode colmatar.

Diz ser invadido constantemente por sentimentos de desvalorização e tristeza, acompanhados por crises de choro compulsivo.

A indiferença em relação ao viver encontra-se sempre presente no seu discurso, com expressões do género “ ...não ando cá a fazer nada. Morrer ou não para mim é igual.” (sic).

Reflexão Geral do Caso Clínico

Pela análise conjunta das avaliações efectuadas e pelo acompanhamento clínico mantido, é evidente que a guerra é algo que se mantém bastante vivo no paciente IR.

Todos os dias pensa sobre o que passou na guerra e essas vivências perturbam-no no seu dia a dia. Mais que o sofrimento causado por essas memórias, o IR passou por um conjunto de outras experiências negativas, que acredita que são consequência do “estado em que ficou” por causa da guerra, por exemplo o suicídio da sua mulher.

O IR mantém um grande interesse por tudo o que se relacione com a guerra: as festas de ex-combatentes, visitas ao hospital e à Escola de Fuzileiros e observar vídeos dos tempos que passou no Ultramar. Apesar deste interesse e curiosidade demonstrados, é evidente o sofrimento que o contacto com estes estímulos lhe provoca. Este sofrimento é o que o leva a raramente ir aos convívios, a ter crises de choro compulsivo quando vê os vídeos ou a tentar ao máximo não vir ao Hospital da Marinha. Há um evitamento, corroborado pelos testes psicológicos aplicados, de quaisquer recordações da experiência traumática, tentando também não pensar e/ou falar sobre ela. Este comportamento acaba por se reflectir em isolamento social e relacional. O IR em consulta tem alguma facilidade em falar do que se passou no passado, mas como diz “ tem de estar bem para o fazer, para poder aguentar” (sic). No decorrer das sessões por várias vezes que se teve de parar com o relato das situações de guerra vivenciadas pelo IR, pois o seu sofrimento era demasiado. Todas as aproximações feitas no sentido de promover a ventilação emocional do paciente, foram realizadas de forma cuidada e ao ritmo que o IR a si mesmo se permitia.

O IR manifesta uma hiperactivação que se manifesta de diversas formas. Há uma hipervigilância e preocupações corporais em excesso, o que muitas das vezes acaba por levar a erros de interpretação e reconhecimento dos sintomas corporais. A autofocalização corporal revelam um estado de alerta em que vive e o sentido de percepção de ameaça constante por que é “ perseguido”. Um dos indicadores neste sentido, é a frequência com que IR vem ao hospital. Refere não gostar de hospitais e todo um conjunto de materiais que lhe esteja associado (como por exemplo, seringas, sangue), por associar ao tempo em que esteve internado, “fiquei saturado” (sic). Apesar disto, o estado de alerta corporal em que se encontra faz com que tenha de recorrer várias vezes e a várias especialidade médicas como forma de securização. No caso do IR, mais que securização, existem um conjunto de sequelas físicas que necessitam de cuidado permanente contudo, a forma como toda esta situação é gerida

e sentida pelo IR, é que transparece o desconforto que sente à mínima alteração física que sente, ao mínimo sintoma que tem.

Tendo em conta que por várias vezes afirmou que não lhe importa se vive ou se morre, seria de esperar, possivelmente, uma certa despreocupação em relação à sua saúde, porém acontece precisamente o contrário. Há uma procura de cuidados de saúde realmente necessários, mas também a busca de serviços que lhe dêem resposta a sintomas que não sabe interpretar, no sentido de que possa ser ajudado a diminuir também assim a sua dor.

No seu discurso o IR revela tanto memórias do trauma como pensamentos intrusivos que tem. Essas memórias ficam bem marcadas quando durante as consultas representa tudo o que passou, lembrando-se de todos os pormenores. Por outro lado também é assaltado por um conjunto de pensamentos que não quer ter, e que não o permitem, principalmente dormir.

O IR manifesta todo um conjunto de re-experimentações caracterizada por impressões sensoriais, o que promove a sua hipervigilância. Quando tem suores, arrepios, ou qualquer outra sensação que associe ao estado em que ficava durante a guerra, devido ao medo que sentia, por exemplo, o IR estabelece essa relação de imediato e como tal há uma dificuldade em compreender que esses sintomas podem estar associados a outros factores. Essas impressões sensoriais são experimentadas como se de facto estivessem a ocorrer no momento, mais do que propriamente por recordações das emoções sentidas aquando da exposição traumática.

Neste sentido durante a psicoterapia, tem sido feito um esforço para a psicoeducação.

No entanto parece-me que as emoções e impressões sensoriais são re-experimentadas prevalecem sobre a informação adquirida. Informação essa que é diferente daquela processada durante a exposição traumática, tornando-se difícil de ser processada. Por outro lado, o IR mostra-se sempre bastante interessado, mas na aplicabilidade prática e diária, acaba por haver um desinvestimento.

Esse desinvestimento parece-me que acaba por ser mais nele próprio do que na tarefa em si. É como que se estivesse acomodado à sua situação e achasse que já não vale a pena tentar.

Essa experiência é vivenciada também ao nível dos pesadelos, das associações que faz dos foguetes aos tiros, ou do cacilheiro aos barcos que havia no Ultramar.

Outros dos aspectos que estão marcadamente no IR passam pela apresentação de sintomas emocionais, tais como: embotamento, ausência de resposta emocional, diminuição da consciência, desrealização, despersonalização, amnésia

dissociativa; e reactividade fisiologia perante a exposição a acontecimentos que recordem a situação traumática. Todos estes aspectos temos tentado trabalhar em consulta, porém o processo tem sido lento.

A falta de concentração, atenção e memória do IR não têm também contribuído para a evolução favorável das sessões neste sentido.

Para o paciente a vinda às consultas funcionam como forma de poder falar com alguém sobre tudo o que o atormenta. “Não tenho ninguém com quem falar... não posso contar estas coisas aos meus filhos... nem eu as aguento!” (sic).

Dada a dificuldade em por em prática algumas das possíveis estratégias, a minha função tem sido maioritariamente de contenção das suas emoções, vivências e sofrimento. A promoção e incentivo à ventilação emocional, nem sempre é fácil com este paciente, mas quando acontecem penso que têm um sentido positivo de alívio emocional e de compreensão por parte do outro.

Por fim, têm sido também trabalhadas questões práticas ao nível do sono, um dos aspectos que mais tem limitado o paciente. Assim foi posto em prática, recentemente, um plano de Higiene do Sono.

Intervenção em Grupo

A intervenção em Grupo possibilita uma rentabilização de recursos, tanto humanos como materiais, ao mesmo tempo que promove uma optimização dos resultados terapêuticos atingidos na população combatente em específico. Na sua maioria são indivíduos que estiveram durante muitos anos (30 – 40 anos) sujeitos a um silêncio “torturante”, presos como que a um código de honra militar que não lhes permitiu falar sobre as suas angústias até aos dias de hoje. O que se tem verificado é que através da intervenção grupal há uma maior facilidade em expor este tipo de problemáticas e a obtenção de alguma mudança significativa.

Neste sentido, o CEAMPS tem investido neste tipo de intervenção, optando por duas vertentes: Grupos Psicoterapêuticos (A) e Grupos de Auto – Ajuda (B), com combatentes e com mulheres de combatentes.

Qualquer elemento para integrar um destes grupos realiza inicialmente uma Entrevista de Motivação, uma Avaliação Psicológica (com sentido de continuidade evolutiva) e, quando necessário a sua selecção é acompanhada de um parecer psiquiátrico.

(A) Grupos Psicoterapêuticos

(Gp)

No âmbito do protocolo estabelecido entre a Liga dos Combatentes e a Universidade Autónoma de Lisboa, foi estabelecido que seria promovida uma formação para dois técnicos do CEAMPS para a intervenção psicoterapêutica em grupo.

A formação tem a duração de dois anos e decorrerá nas instalações do CAMPS de Lisboa.

As sessões do Gp são de quinze em quinze dias, às quartas-feiras, entre as 10:30h e as 12h, exceptuando o mês de Agosto, sendo composto por duas fases distintas.

O Gp inicial será formado por dez participantes combatentes, e por quatro técnicos (dois formadores e dois formandos).

Será transmitido ao Grupo que os dois técnicos do CEAMPS vão estar durante esta primeira fase numa posição mais de observação do que de participação.

Este Gp inicial irá manter-se durante seis meses, ou seja, de Fevereiro até Julho de 2009.

Numa segunda fase, que decorrerá de Setembro de 2009 a Março de 2010, o Gp inicial será mantido e simultaneamente são formados mais dois Gp, ambos de combatentes..

Nesta fase, em cada novo Grupo (Grupo1 e Grupo2) haverá dois técnicos (um formador e um formando). Os formandos deixam a postura de observação anterior e passam a uma atitude mais participativa.

Todos os elementos que constituem os Grupos Psicoterapêuticos são sujeitos a uma avaliação prévia por parte de um Psiquiatra e Psicoterapeuta, sendo que as restrições principais se prendem com pacientes que manifestem um quadro clínico ligado a Depressão Orgânica, Psicose e Paranóia.

Antes de cada sessão de Gp (cerca de meia hora) a equipa técnica reúne-se para esclarecer dúvidas, estabelecer quem faz a introdução e sumarização da sessão, esclarecer quanto a possíveis ausências e justificações de participantes.

Parecer Psiquiátrico

Alguns dos pacientes integrados nas intervenções em Grupo são acompanhados em Psiquiatria simultaneamente. O psiquiatra deverá despistar a existência de manifestações esquizóides, paranóides, depressões orgânicas e outras psicopatologias acentuadas que considere que poderão não ser indicadas para a integração de um Grupo Psicoterapêutico desta natureza.

Entrevista de Motivação

Previamente à integração no Grupo Psicoterapêutico o paciente é sujeito a uma entrevista clínica por parte de um dos técnicos que integra o mesmo grupo. Esta entrevista tem por finalidade avaliara qual q motivação do paciente para a integração do Gp; explicar e esclarecer face às principais regras de funcionamento do Gp; possibilitar um esclarecimento de proximidade e individualizado de dúvidas e receios associados à sua integração.

Avaliação Psicológica

No início do Gp é aplicada uma bateria de Provas Psicológicas que permitem efectuar despiste de algumas psicopatologias possíveis que não se pretende que sejam integradas no Gp. Esta bateria volta a ser aplicada em cada uma das fases da evolução do Gp e no seu final, permitindo obter uma perspectiva evolutiva das manifestações psicológicas do indivíduo.

A bateria de provas aplicadas (Anexo 3) são: PCL – M; SCL-90-R; Questionário PTSD; Escala de Valores – Versão Reduzida ; S.E.R.T.H.U.A.L. – versão reduzida; E.T.C. – versão reduzida; SCL-90-R.

A descrição das Provas Psicológicas utilizadas encontra-se discriminada mais adiante no capítulo do CEPI.

Local de Funcionamento do Grupo Psicoterapêutico

A sala onde decorrem as sessões do Gp fica nas instalações do CAMPS de Lisboa trata-se de um local amplo, arejado, com boa luminosidade e bom isolamento sonoro.

Tem catorze cadeiras em que dez são em representação dos pacientes e as restantes quatro cadeiras destinam-se à equipa técnica. As cadeiras são dispostas em círculo sendo que cada um tem a liberdade de se sentar onde quiser.

Os técnicos devem de ter a preocupação de ficarem o mais distribuídos possível pela sala, como forma de facilitar a comunicação em todas as direcções, ter uma perspectiva o mais abrangente de todos os pacientes e evitar colocar os utentes numa situações que se julguem avaliados ou pressionados a falar. No fundo a intenção é colocar todos em posição de igualdade.

Quando alguém falta ao Gp o seu lugar é mantido, pelo que não são retiradas as cadeiras que se encontram a mais na sala.

O espaço destinado ao funcionamento deste Gp terá de sofrer porém, alguns ajustes na medida em que deveria ter um maior isolamento ao som proveniente do exterior.

Funcionamento do Grupo Psicoterapêutico

Todos os participantes do Gp são sujeitos a uma consulta de Triagem Psicossocial (constituída por um Psicólogo Clínico e um Assistente Social) que serve de encaminhamento para outras especialidades, em que poderá haver uma pré-indicação para a participação no Gp.

De seguida, é feita uma avaliação por parte do Psiquiatra/Psicoterapeuta que estabelece a possibilidade de integrar o Gp.

Sempre que se inicia um Gp ou que existe um novo elemento na sua constituição, que não pode exceder os dez elementos, são esclarecidas as principais regras ao seu funcionamento:

- . A duração de cada sessão é de uma hora e meia, sempre no mesmo horário;
- . Tem uma frequência quinzenal;
- . Se alguém no poder comparecer na sessão deve contactar a avisar para que se possa transmitir ao Gp o motivo, como forma de evitar possíveis especulações;
- . O número de cadeiras é mantido inalterado na sala (14 cadeiras) mesmo que falte algum participante;
- . Caso o Gp comece mais tarde que a hora prevista, a hora de terminar mantém-se;
- . Trata-se de um espaço em que se pode falar do que quiserem e sentem como mais importante;
- . É esperado que o que é falado no grupo permaneça no mesmo mas, caso se fale fora deste círculo, é esperado que essa questão seja trazida á sessão seguinte;
- . O grupo tem um carácter dinâmico permitindo desistências e novos elementos no Gp;
- . O respeito pelo outro é essencial e principalmente quando o outro expressa os seus sentimentos e ideias;
- . No início do grupo é feita uma breve introdução por parte do técnico, em que se refere a hora em que termina a sessão e em que se transmite possíveis ausências e respectivos motivos;
- . No final da sessão é sempre feita uma sumarização por parte de um técnico, que consiste no resumo do que mais relevante foi falado no grupo.

Antes do início de cada sessão os técnicos reúnem-se, durante cerca de quinze minutos, como forma de estabelecerem algumas linhas orientadoras simples para a sessão que se segue. O que se pretende é relembrar qual o técnico que faz a introdução ao grupo e qual fica responsável pela sumarização; esclarecer se há elementos novos no grupo e saber se há faltas e quais os motivos das que foram justificadas para poderem ser

transmitidas ao grupo. Este espaço serve ainda para os técnicos exporem possíveis dúvidas e partilharem algumas das suas expectativas face à sessão que se segue.

A *Sumarização*, ocorre no final de cada sessão e é fundamental neste tipo de intervenção em grupo. Tem a função de reunir os pontos mais relevantes do que foi sendo dito ao longo da sessão. Não existe uma forma fixa de ser feita. O importante é que o técnico devolva algum racional ao grupo e que revele de que forma sentiu e interpretou o que foi sendo dito.

Esta última instância da sessão tem um papel apaziguador, na medida em reajusta e clarifica ideias que em algum momento da sessão possam ter sido causa de momentos de tensão entre alguns dos participantes.

Para além disso, a sumarização permite que sejam lembrados aspectos importantes que foram referidos e que se integre essa informação com a restante de cada participante, atribuindo-lhe algum sentido ou reajutando às suas ideias e juízos prévios.

Outra função da sumarização tem a ver com a perspectiva evolucionista do próprio grupo, chamando de certa forma à atenção para as questões que vão sendo abordadas ao longo das várias sessões.

Esta síntese final permite ainda que se acentuem semelhanças em termos emocionais e ideológicos dos vários participantes, aproximando-os e facilitando a tolerância entre todos. Por outro lado, pode ser também um espaço em que se evidenciam as diferenças mais evidentes entre as vivências e percepções dos diversos participantes, tentando simultaneamente clarificar as razões que acentuam essas distâncias e potenciar a compreensão para com elas, na medida em que é da diferença e da diversidade que muitas das vezes resulta a evolução num sentido positivo.

No final da sessão, depois de ser garantida a saída de todos os combatentes, realiza-se uma reunião técnica. Esta reunião pretende promover um espaço em que os técnicos podem expressar de que forma viveram e sentiram o grupo. Quais as expectativas, de que forma olham para a dinâmica do grupo e para cada intervenção em particular, ou para alguma que se tenha evidenciado.

São discutidas questões técnicas e avaliadas as intervenções de cada um e, de que forma se pode melhorar a cada sessão.

Os formadores dão o seu feedback aos formandos, no que respeita à sua postura e intervenção no grupo. Salientam o que lhes pareceu mais relevante no decorrer da sessão, dão esclarecimentos quanto a determinadas intervenções em específico (por exemplo: porque fizeram de determinada forma e qual a intenção subjacente).

Sinalizam o que pensam ter decorrido de forma mais positiva e outros aspectos não tão positivos e de que forma se podem corrigir estes últimos. Chamam ainda a atenção para determinados pormenores que podem facilitar a interpretação do que os

participantes foram expressando, como por exemplo: algumas manifestações não verbais, como o serrar dos maxilares ou agitação permanente na cadeira, o que revela algum incómodo e possível ansiedade.

O papel do Técnico

Cada grupo deve ser constituído por dois facilitadores ou mediadores. Alternadamente cada um fica responsável por fazer a introdução ao grupo ou a sumarização de determinada sessão. Para além desta responsabilidade partilhada são várias as funções que deve desempenhar aquando de uma sessão de Gp, de onde se evidenciam:

- Facilitar a comunicação entre os participantes;
- Gerir possíveis silêncios;
- Gerir tempos de intervenção de cada um dos participantes;
- Perceber como funcionam – “entrar no mundo deles”;
- Participar com eles na sua lógica própria (fazer intervenções com síntese do que estamos a perceber – criar empatia e estamos a demonstrar compreensão) –
Compreensão empática,
 - Perceber o movimento individual e o movimento do grupo;
 - Ter o cuidado de não retirar apontamentos – funcionar como observador-participante;
 - Ter atenção para não partilhar os seus problemas, opiniões ou criar juízos de valor face aos participantes,
 - Clarificar ideias ou conceitos;
 - Ir dando feedback dos aspectos mais relevantes em termos de grupo e individuais;
 - Gerir possíveis momentos de tensão ou conflitualidade entre participantes.

As sessões do Gp com combatentes do Ultramar, no CAMPS de Lisboa, tem consistido numa experiência bastante enriquecedora enquanto técnica. Apresentam-se em seguida os registos das sessões realizadas até ao momento.

Intervenção Prática Gp1



LIGA DOS COMBATENTES

CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	1ª
Data	11 Fevereiro 09
Hora	10h30
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Fernando Teixeira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Francisco Carmo

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO

No início da primeira sessão, a Dra. Odete Nunes começou por apresentar cada elemento da equipa de técnicos presente e clarificar que numa primeira fase dois deles se encontrariam mais numa posição de observação, menos interventivos (Dr. António Correia e Dra. Martina Lopes) enquanto que os dois restantes seriam mais participantes no decorrer das sessões do grupo (Dra. Odete Nunes e Dr. Tito Laneiro).

De seguida foram explicadas quais as principais regras inerentes ao bom funcionamento do Grupo Psicoterapêutico:

- O Grupo tem início em Fevereiro e irá decorrer em duas fases, sendo que cada uma delas tem a duração de 6 meses (à excepção de Agosto);
- O Grupo tem um carácter dinâmico, sendo que a qualquer altura podem ocorrer desistências e/ou entrar novos elementos, desde que o número total não ultrapasse os dez (10) utentes;

- O grupo terá a duração de uma hora e meia, com início às 10:30h e final às 12 horas. Mesmo que o início seja mais tarde a hora de terminar mantém-se. É importante que se faça um esforço no sentido da pontualidade horária.

- Se por algum motivo um dos elementos não poder estar na sessão é conveniente que contacte previamente com o serviço, para que na sessão seguinte essa informação possa ser transmitida ao Grupo. Desta forma evita-se que se possam fazer inferências (por exemplo: “*Será que faltou por causa do que eu disse na última sessão?*”);

- Este trata-se de um espaço em que se pode falar de todo e qualquer assunto que o sujeito considere importante para si, salvaguardando sempre o respeito pelo outro;

- É esperado que tudo o que seja falado no decorrer das sessões permaneça neste círculo restrito, mas que caso seja comentado/passado para fora do Grupo, este facto possa ser trazido para a próxima sessão (por exemplo: “*Comentei com a minha esposa o que falámos na última sessão em relação à agressividade que tenho, pensava que era só eu...*”);

- Ter especial atenção ao tempo das intervenções, é importante que todos tenham oportunidade de expressar as suas ideias e sentimentos.

. Manuel Cristo – Monopolizou quase toda a sessão. Grande necessidade de falar e de contar os seus feitos de guerra. Manifestação de sentimentos de revolta e de injustiça em relação ao Exército que, segundo o próprio, nunca soube reconhecer a sua entrega e devoção ao serviço militar.

. Francisco Carmo – Pouca tolerância a ideias contrárias á sua. Dificuldade em controlar o impulso de falar, sobrepondo-se ao discurso dos outros. Posição provocatória em relação à Liga dos Combatentes, a qual, no seu ponto de vista, deveria fazer muito mais pelos combatentes.

. José Figueira – muito próximo do Ilídio Pinheiro e Fernando Teixeira. Tentando por sempre um ponto de ordem e chamando a atenção dos outros para o facto de terem de respeitar os tempos de fala para cada um. Grande ponderação nas suas intervenções no sentido de diminuir alguma tensão existente.

. Fernando Teixeira – Nunca entreviu durante toda a sessão, manifestando porém uma forte tensão em relação ao que ia sendo falado. Maxilares muito serrados, com o olhar sério focado no chão ou no tecto, com movimentos rápidos e determinados na cadeira, mostrando desconforto. No final da sessão confidenciou com um dos técnicos que por várias vezes durante a sessão esteve para sair do Grupo, por se encontrar muito incomodado com o que estava a ser dito. Acabou por não sair pois, segundo o próprio, não queria demonstrar falta de respeito.

. Manuel Lourenço – Esteve sempre muito atento a tudo o que foi dito durante a sessão. Em estado de agitação psicomotora, dando por várias vezes a entender que queria falar mas acabando por só o fazer já mesmo no final da sessão.

. Ilídio Pinheiro – Bastante interventivo. Alguma tensão estabelecida com o Francisco Carmo. Manifestou ansiedade e algum desconforto.

SUMARIZAÇÃO

Toda a sessão girou em torno da problemática das vivências de guerra e das questões políticas que lhe estão associadas.

Todos os elementos fizeram uma breve apresentação pessoal ao Grupo sendo que, em termos gerais, a maioria dos elementos se restringiu a informações como o nome, idade, local onde moram e local onde estiveram durante o Ultramar, em que Companhia e Batalhão e qual a especialidade a que pertenciam.

Foi evidente alguma tensão no Grupo inerente à enorme vontade de falar que todos manifestaram. Contudo, parece que a o facto de ser a primeira sessão, a falta de conhecimento e confiança no outro, impedia uma exposição do que pretendiam falar.

De certa forma esta postura e tensão inerentes a esta sessão lembraram o sentimento que muitos expressam nos acompanhamentos individuais, quando apresentam queixas focalizadas nos depoimentos de outros camaradas que, segundo os combatentes, não descrevem os acontecimentos de forma verídica e que isso lhes causa um mal-estar ainda mais acentuado.

De uma forma geral, ficou a ideia de que estavam mais com vontade de falar e ser ouvidos do que com capacidade de ouvir e compreender o outro.

Muitos são combatentes que têm processos de DFA que se arrastam há vários anos, que manifestam sentimentos de grande revolta e injustiça e que acreditam que são desprezados e que “ninguém os ouve”. Parece que viram neste Grupo um espaço em que podem finalmente falar e ser ouvidos mas, nesta primeira sessão, ainda é prematuro para entender que o outro também tem a mesma vontade e que há que aprender a ouvir também.

Houve momentos em que a tensão foi mais evidente, sobretudo entre o Ilídio Pinheiro, Fernando Teixeira e José Figueira em relação ao Francisco Carmo no que respeita a questões políticas de sustentabilidade da guerra do Ultramar e do pós 25 de Abril.

Os principais aspectos que se evidenciam da dinâmica do Grupo desta primeira sessão prendem-se com:

- Haver muita vontade de falar e expressar os sentimentos de revolta e injustiça transversais á maioria dos combatentes presentes o que, por um lado faz com que não se respeite quando os outros falam e muitas vezes se sobreponham conversas paralelas, e por outro lado não exista ainda disponibilidade/capacidade para ouvir o outro e perceber que ele também tem sentimentos que precisa partilhar e que até poderão ser semelhantes aos seus.

- Focalização na problemática da guerra e sobretudo nas experiências individuais. Manifestação de dificuldade em compreender que os outros tiveram, embora por vezes dentro de contextos semelhantes, vivências diferentes que resultaram em visões distintas de outras existentes no Grupo.

Foi devolvido ao Grupo que cada um dos presentes teve experiências diferentes e que é natural que cada um tenha opiniões distintas em alguns aspectos. Porém, cabe a cada um de nós sermos capazes de respeitar a posição que o outro tome e que é precisamente da riqueza da diversidade de opiniões e pontos de vista que se pode evoluir e aprender.

A nível técnico salienta-se que os três técnicos entraram já depois de os pacientes se encontrarem na sala das sessões, o que fez com que a disposição física da sala não fosse a ideal, isto é, em vez de os técnicos terem ficado distribuídos por entre os pacientes, ficaram os pacientes de um lado e os técnicos de outro. Isto pode ter levado a que se sentissem mais pressionados, em situação de avaliação e não olhassem para nós como partes integrantes do mesmo grupo a que pertencem.

A falta de controlo e impulsividade fez com que tivessem dificuldade em respeitar o tempo em que os camaradas falavam. Houve manifesta ansiedade de terem muito para dizer e de nem sempre estarem de acordo em todos os pontos de vista.

O facto de um dos técnicos acompanhar os participantes depois do Gp não é vantajoso na medida em que atrasa a reunião técnica depois da sessão e, por outro lado, faz com se prolongue os diálogos do Gp fora do contexto apropriado e não promove a auto-disciplina face ao cumprimento das regras do grupo.

Neste espaço em que foram acompanhados à Biblioteca da Liga dos Combatentes, aproveitaram para dizer o que não tinham gostado durante a sessão. O Fernando Teixeira afirmou que não sabia se voltava a vir ao grupo porque tinham sido dito coisas que ele não gostou e que por várias vezes esteve para se ir embora da sala, mas acabou por não o fazer por uma questão de respeito.

O José Figueira sentiu necessidade de salientar o facto de não se terem respeitado os tempos para cada um falar e sugeriu que seria bom se cada um tivesse um tempo fixo para falar.

O Ilídio Pinheiro e o Fernando Teixeira partilharam da mesma ideia, mostrando-se bastante indignados com algumas ideias que outros participantes manifestaram, e sobretudo a forma como o fizeram.

Tentar uma melhor gestão dos tempos de intervenção de cada um dos participantes e não os acompanhar depois de a sessão ter terminado.



LIGA DOS COMBATENTES
CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA
GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	2ª
Data	25.2.09
Hora	10:45h
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Fernando Teixeira Francisco Venâncio

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO

Esta sessão foi marcada por muitas ausências, em relação às quais especulámos algumas razões possíveis:

- O facto de a sessão se ter realizado imediatamente a seguir ao Carnaval e muitos dos elementos do Grupo terem ido de férias;

- Na sessão anterior ter sido acordado que a próxima sessão seria dentro de 15 dias e não ter sido apontada nenhuma data específica, o que tendo em conta os défices atencionais e de concentração, característicos deste tipo de população, teria sido mais eficaz marcar o dia concreto.

Relativamente ao Francisco Carmo tivemos conhecimento de que havia trocado os dias e o Manuel Cristo apareceu já no final da sessão.

O Francisco Venâncio não falou durante toda a sessão, sendo que o mais interveniente foi o José Figueira.

O Fernando Teixeira esteve mais descontraído durante esta sessão e por várias vezes acenava com a cabeça como sinal de concordar com o que o seu amigo dizia.

O José Figueira levou um dossier com textos, fotos e registos de imprensa, cartas e aerogramas da guerra do Ultramar, que tem elaborado ao longo destes anos. Este documento passou por todos os presentes e o José Figueira foi comentando

algumas das passagens retratadas. Manifestou a intenção de um dia doar este seu trabalho à Liga dos Combatentes para que se soubesse a história verdadeira do que o seu Batalhão passou e fez: os relatos da tomada de Nambuanguo, a competição entre Batalhões, a responsabilidade que tinha em comandar homens (era furriel) e alguma irresponsabilidade e pouca preparação de alguns comandantes, rivalidades entre graduados, medos do que estava entre o capim e as matas cerradas, sobretudo medo do imprevisto, as privações relativamente à comida, ao dormir e aos reabastecimentos, etc.

Os temas abordados giraram em torno da dinâmica de grupo e do essencial que é o respeito pelo tempo em que os outros camaradas falam; os motivos possíveis para tantas ausências e as vivências pessoais de guerra, sobretudo pelo José Figueira. A sessão decorreu sem sobressaltos e no final o Francisco Venâncio levou os questionários para preencher em casa.

SUMARIZAÇÃO

Uma vez que a sessão deu início 15 minutos depois da hora, só terminou 15 minutos depois do meio-dia também.

O José Figueira sente uma necessidade de estabelecer regras e de evidenciar de alguma forma a posição militar que teve durante a guerra. Tenta reproduzir em situação de Grupo o comando e estabelecimento de paz que recorda promover com os seus soldados durante a guerra. Este sentimento é ainda mais potenciado pelo facto de ser amigo pessoal do Fernando Teixeira, o qual reage bastante impulsivamente e apresenta tendência para evitamento e fuga, sempre que discorda de algo que é dito.

O Francisco Venâncio mostrou-se sempre muito atento ao que era dito e o facto de se encontrar numa posição de adaptação fez com que não falasse durante toda a sessão.

No decorrer da sessão entendeu-se que seria criado um cartão para dar aos elementos do Grupo para que na última sessão possam apontar a data da próxima.



LIGA DOS COMBATENTES
CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA
GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	3 ^a
Data	11.3.09
Hora	10:30h
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Fernando Teixeira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Nuno Vivaldo Benjamin Fernandes Samuel Craveiro Francisco Venâncio

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO

No início da sessão voltaram a ser salvaguardadas as regras chave do bom funcionamento do Grupo, salientado o facto de se encontrarem 3 novos elementos, nomeadamente: Benjamin Fernandes, Samuel Craveiro e Nuno Vivaldo.

Nesta sessão houve mais respeito pelo espaço do outro enquanto falavam. Em contraste com a sessão anterior, a postura dominante foi mais de aceitação e compreensão do que de provocação e crítica.

A sessão começou com o pedido do Ilídio Pinheiro para ler uma notícia da revista do Correio da Manhã relativamente a um relato de um combatente do Ultramar em relação ao que passou em Angola. Segundo o Ilídio Pinheiro este artigo não tem qualidade e “*relata coisas que não são da guerra*” (sic) como as bebidas alcoólicas, as mulheres ou momentos de alegria e boa disposição. Acredita que a verdade tem que ser reposta e que se deve falar com factos concretos e não com base em histórias do que se vai ouvindo.

De entre os intervenientes presentes salienta-se em cada um:

. Fernando Teixeira - mais calmo, sereno e participou mesmo no final com um comentário positivo. Acenava com a cabeça em concordância com o que ia sendo dito.

. José Figueira - expôs-se bastante a nível particular e de vivências de guerra (por exemplo: quando permitiram no seu batalhão que rasgassem um corpo puxados por dois carros distintos em sentidos opostos - episódio que nunca tinha contado anteriormente) e trouxe á discussão temas pouco revelados até ao momento (por exemplo: a privação sexual a que se encontravam sujeitos; a procura de mulheres de guerra; relações homossexuais de ex-combatentes).

Já no final da sessão mostrou-se incomodado (corado e mais introvertido) possivelmente pela exposição pessoal a que se sujeitou, ou por ter colocado em debate temas praticamente “tabus” e apenas falados em espaços restritos e exclusivos a quem os viveu.

. Ilídio Pinheiro - trouxe uma revista em que leu uma notícia que considerou uma mentira e uma afronta a todos os ex-combatentes da guerra do Ultramar. Foi lendo em voz alta para todo o grupo, e um a um, todos demonstraram a mesma opinião do Ilídio. Concordaram que os relatos não se aproximavam do que realmente se passou, que o autor fazia referência a temas que nada dizem respeito a “histórias de guerra” (como por exemplo, a procura que existia a mulheres para ter relações sexuais) e todo um conjunto de comportamentos e sentimentos relatados que, segundo os presentes, não reflectiam o que passaram durante a guerra.

Mostrou-se sempre comunicativo e activo nos diálogos que se iam estabelecendo. Ficou bastante admirado pois já conhece o José Figueira há 50 anos e não conhecia esta história que contou na sessão.

. Manuel Cristo – Esteve bastante mais calado do que na primeira sessão. Sempre muito atento ao que se ia dizendo, mostrou-se admirado com alguns relatos das “atrocidades” cometidas pela tropa portuguesa e acrescentava, num tom de voz baixo :”*Eu não fiz (não vi) nada disso*” (sic.). Comentava o que se ia dizendo, mas desta vez já não com a postura monopolizadora que costuma apresentar.

. Manuel Vaz Lourenço – cada vez mais participativo. Fala e gesticula com mais frequência e já faz valer os seus pontos de vista, mesmo que contrários á opinião de algum dos camaradas presentes. Embora com uma postura sempre um tanto contida, já consegue manifestar alguns dos seus sentimentos e exteriorizar, mesmo com recurso a gestos, algumas das coisas que fazia. É evidente a importância que este

espaço tem para o Manuel e o efeito de catarse que provoca. Como se estivesse num processo de remissão do sentimento de culpabilidade pelos actos realizados durante a guerra. Esteve muito participativo, explicou como funcionava a instrução dos comandos e a dureza a que eram sujeitos.

. Nuno Vivaldo – foi a primeira sessão a que assistiu. Esteve atento mas pouco participativo. No final reforçou a ideia de que tinha gostado de participar no grupo.

. Benjamin Fernandes – foi a primeira sessão em que esteve presente mas manteve-se muito participativo e descontraído. Diz que era padeiro e estava sempre na cozinha e que por isso não passou fome. Acompanhava frequentemente os comandos e que só não recebeu o Crachá de Comando porque recusou. Considera que foi com esta tropa especial que aprendeu muito e sobretudo a não fugir perante o perigo. Diz que tirando as excepções das tropas especiais portuguesas, a preparação e treino eram deficientes. Não havia a fase de Integração. Chegavam e sem armamento, ou muitas das vezes desadequados ou obsoletos. As viaturas e outros equipamentos e recursos eram pouco adequados e “eram largados” na picada ou no mato.

Era uma pessoa bastante religiosa, evangélico praticante regular, e quando chegou ao Ultramar foi sujeito a uma “lavagem cerebral” (sic). Viu fotos de colonos brancos estuprados espalhadas pelo acampamento (pressão psicológica e social) diz que se transformou e nem se reconhecia a si próprio. Tinha vontade de se vingar, e considera que actos que cometeu são incompatíveis com o que a sua religião defende, e que como tal não pode continuar a sua busca espiritual. Manifestou sentimento de revolta e injustiça pela condição actual dos ex-combatentes; sentimentos de culpabilidade pelos actos cometidos durante a guerra e o arrependimento que ainda hoje sente por isso. Disse que ficou uma pessoa totalmente diferente desde que foi para a guerra e o que “gostava era de acção. Se não fosse para a acção que não queria ir, mas que para ir para o mato com os comandos estava sempre pronto” (sic.).

. Samuel Craveiro – foi a primeira sessão em que esteve presente. Sempre atento e participativo no que respeitava a equipamentos e acontecimentos de guerra. Não fez qualquer referência a sentimentos dessa altura ou presentes em relação às vivências de guerra.

. Francisco Venâncio – Esteve mais participativo durante esta sessão. Atento e compreensivo com o que ia sendo dito, especialmente quando se abordou a falta de preparação que as tropas portuguesas tinham quando foram para o Ultramar.

SUMARIZAÇÃO

A questão central levantou-se em torno da falta de formação que a tropa portuguesa em geral tinha quando foi para o Ultramar e todo o conjunto de incidentes que ocorreram e que podiam ter sido evitados por causa disso.

Que as pessoas têm formas diferentes de reagir perante diferentes situações e que, tal como vários episódios que foram relatados o demonstram, por vezes os traços de personalidade que nos caracterizam acabam por não ser os que manifestamos perante situações para as quais não estamos preparados. Por exemplo, um episódio descrito na sessão, em que um furriel conhecido como sendo bastante destemido e sempre pronto para a acção, não foi capaz de reagir quando esteve frente a frente com um turra que tinha uma arma apontada para ele durante uma emboscada.

Salientou-se ainda a importância do relato da veracidade dos acontecimentos e que a deturpação desses factos é quase como se pusesse em causa todo este sofrimento vivido. De salientar o respeito pelo tempo de fala de cada um dos intervenientes. As intervenções dos técnicos foram também mais respeitadas e ouvidas com atenção e aparente ressonância, resultando na necessidade de justificação perante o Grupo e de aceitação por parte do mesmo.

Participantes como o Manuel Cristo foram capazes de controlar a ansiedade e de esperar enquanto os outros falam, e o Manuel Lourenço foi capaz de exteriorizar sentimentos que tentava esquecer e esconder há anos.

Parece que o Grupo começa a sentir que contar o sofrimento não implica ser fraco, mesmo porque é comum a todos eles. Pelo contrário, mostra a capacidade de reconhecer e aprender a lidar com ele. A evolução no decorrer das sessões tem mostrado a crescente confiança entre os combatentes e a diminuição, mesmo que controlada, das resistências a determinados temas e aspectos mais pessoais que implicam o lidar com sentimentos com que se tentou lidar durante mais de 30 anos.

De uma forma geral todos referiram que os militares graduados tinham pouca sensibilidade e preparação para lidar com os restantes homens (por exemplo: num caso com uma viatura acidentada, os graduados ficaram preocupados com a viatura e não com os homens que tinham morrido ou ficaram feridos).

Em termos técnicos, apenas uma situação a registar face a um técnico que sobrepôs a sua ideia á de outro de estava a entrevir. De salvaguardar que se deve esperar pelo final da intervenção do colega para depois, se necessário, acrescentar a sua ideia.



LIGA DOS COMBATENTES
CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA
GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	4ª
Data	25.3.09
Hora	10:30h
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Fernando Teixeira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Benjamin Fernandes Samuel Craveiro Francisco Venâncio

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

Não houve elementos novos e foram justificadas as ausências do Sr. Benjamim António e do Sr. Nuno Vivaldo.

Nesta sessão continuou a haver espaço e respeito para que a comunicação se efectuasse normalmente. A primeira parte da sessão continuou a ser dominada pela temática relacionada com a tropa especial e a falta de preparação e treino, nomeadamente no que diz respeito à utilização do equipamento (focado um acidente com um dilagrama em que por falta de instrução adequada se voltou a colocar nesta arma um que não tinha rebentado e acabaram por morrer 3 camaradas por rebentamento na antecâmara).

A partir do meio da sessão o Manuel Cristo centralizou o Grupo em si mesmo, com algumas “piadas” da parte do Sr. Figueira e do Sr. Ilídio em relação ao discurso bastante pormenorizado e muito exploratório deste.

Na parte final da sessão veio a discussão, novamente por parte do Sr. Figueira, a questão da sexualidade em tempo de guerra do Ultramar, relativamente a comportamentos homossexuais entre militares da tropa portuguesa e a relações estabelecidas com mulheres nativas. É a segunda vez que tenta trazer esta questão ao Grupo mas, intencionalmente ou não, acaba por ser desvalorizada mesmo porque é sempre abordada já no final das sessões.

De entre os intervenientes presentes salienta-se em cada um:

. Fernando Teixeira – continua calmo, mas sem comunicação verbal.

. José Figueira – menos interventivo, com algumas “piadas humorísticas” como facilitação da intervenção do Manuel Cristo. Falou do frequente excesso de álcool de alguns comandantes, dos acidentes resultantes desse consumo, tendo inclusivamente originado algumas mortes e, de festas que faziam quando iam para a zona Sul de Angola. No final da sessão voltou a tocar no problema da sexualidade e como recorreriam ao prazer sexual.

. Ilídio Pinheiro - Mostrou-se sempre muito comunicativo e activo nos diálogos que se iam estabelecendo, acompanhando as “piadas” para o Manuel Cristo, enquanto este falava, mas valorizando ao mesmo tempo os seus feitos heróicos e a sua coragem.

. Manuel Cristo – Esteve bastante mais activo do que na sessão anterior, praticamente a partir do meio da sessão tomou a palavra e não mais parou de relatar a sua vida desde a Índia, passando por Moçambique até chegar a Angola. Falou das injustiças de que foi vítima, promoções que não aconteceram enquanto outros foram favorecidos. Acredita que foi sempre vertical e tem princípios que defende até morrer. Emocionou-se quando relatava alguns momentos que passou com camaradas e também ao ter o feedback de compreensão e apoio do restante Grupo.

. Manuel Vaz Lourenço – Continuou muito participativo. É o caso onde se revela uma diferença mais acentuada face á postura inicial das consultas de triagem. Há uma

libertação da guerra que está lá dentro. Fala e gesticula com frequência, ganhou espaço no interior do grupo, sente-se mais à vontade e que é respeitado pelo grupo como tropa especial, referindo que incutiram-lhe “ou matas ou morres”. Refere que às vezes eram largados para fazer batidas e “*limpezas de zona*” (sic) como se fossem “*cães ferozes que eram soltos para matar*”(sic). Referiu que receberam preparação para sobreviver sem ajuda dos outros, não dispunham de enfermeiro nem radiotelegrafista, tendo de ser os próprios Comandos a fazer essas tarefas, sendo que chegou a ter de colocar garrotes em pernas de colegas seus. Deu o exemplo da tropa mal preparada que utilizava armamento sem saber utilizá-lo, o dilagrama que foi disparado e rebentou matando 3 homens. Disse que a missão da tropa normal era para as colunas de reabastecimento, tendo o Grupo aceitado e partilhado da mesma ideia. Numa das suas intervenções, referiu-se ao Manuel Cristo tratando-o por “*meu Sargento*”(sic).

. Benjamin Fernandes – Nesta sessão esteve mais contido, embora calmo e participativo. No final da sessão durante e após o preenchimento dos questionários desabafou questões que há muito o perturbavam com um dos técnicos.

. Samuel Craveiro – Continua pouco interventivo. Atento, mas às vezes parece distante. De vez em quando tenta dizer algo relacionado como pára-queda, mas sem que o grupo lhe dê muita atenção.

. Francisco Venâncio – Praticamente não comunicou verbalmente durante a sessão. No entanto parece atento e interessado nas temáticas que vão sendo tratadas. No final estava bastante preocupado para saber quando era a próxima sessão o que apontou logo de seguida num pequeno papel que já tinha na mão.

SUMARIZAÇÃO

Continuou a falar-se da preparação das tropas e da tropa especial, os incidentes que eram provocados ou que surgiam quase do nada, por exemplo o medo da incerteza do que vinha do mato (o Sr. Ilídio Pinheiro mostrou uma foto do que era o mato”).

O Sr. Cristo centrou toda a atenção na sua história de vida, enquanto alguns elementos do grupo apreciaram os seus actos “heróicos”, outros respondiam com algumas piadas humorísticas, demonstrando até alguma falta de respeito pelo que ele relatava.

A dinâmica do Grupo tem apresentado uma movimentação crescente, ganhando uma engrenagem natural em que poucas vezes é a necessária a intervenção dos técnicos.

Tem sido notório o crescendo de confiança entre os elementos e a facilidade de comunicação tem aumentado, inerente ao respeito pelo que o outro diz e maior controlo do impulso de expressar a sua opinião no imediato.

Os técnicos têm verificado uma maior facilidade aquando das suas intervenções e uma maior atenção por parte do Grupo nas clarificações de situações e esclarecimentos de sentimentos partilhados.

A maior dificuldade a este nível talvez seja na sumarização final, em que é evidente o Grupo a necessidade de continuar a falar, não facilitando por vezes o papel do técnico.



LIGA DOS COMBATENTES
CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA
GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	5ª
Data	08.4.09
Hora	10:30h
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Fernando Teixeira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Benjamin Fernandes Francisco Venâncio

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

Não houve elementos novos e foram justificadas as ausências do Benjamin António, do Samuel Craveiro e do Nuno Vivaldo.

A sessão começou lentamente até que o Manuel Cristo começou a falar das suas experiências de vida e preencheu praticamente toda a sessão (Índia, Moçambique, Angola).

Da parte dos restantes elementos houve compreensão e respeito pelo que o Manuel Cristo ia falando.

De entre os intervenientes presentes salienta-se em cada um:

. Fernando Teixeira – Falou quase no fim, mostrando e pedindo para ler uma notícia da ACUP que tinha saída no jornal, sobre 10% das vagas dos lares da Segurança Social para os combatentes. Referiu numa atitude um pouco provocatória que a LC também deveria fazer algo pelos combatentes e que ao longo de todos estes anos de existência pouco ou nada tem feito para ajudar os combatentes, principalmente os mais carenciados.

. José Figueira – Nesta sessão esteve menos interveniente. Voltou a narrar a história da tomada de Nambuanguo (Norte de Angola) e a fuga dos militares perante um

ataque em que ficou sozinho com um Cabo e a metralhadora. Referiu a injustiça pela forma como alguns militares foram louvados e reconhecidos pelos feitos que praticaram sem que isso correspondesse à realidade do que se passou no terreno. Deu o exemplo de um Alferes médico que se recusou a ir à linha da frente socorrer um soldado que tinha sido atingido e que passados alguns anos foi condecorado por ter salvo o mesmo soldado.

. Ilídio Pinheiro – Apresentou-se com um ar bastante mais abatido do que o costume, com a barba por fazer, um olhar distante e mesmo antes do Grupo referiu “Eu não ando nada bem”(sic). Estava com problemas de desequilíbrio e com zumbidos nos ouvidos, segundo o mesmo por causa do Síndrome Vertiginoso que tem há vários anos. Durante a sessão mostrou grande empatia e respeito pela narrativa de vida do Manuel Cristo, particularmente pelas dificuldades que passou e a disponibilidade para ajudar os outros. Esteve durante toda a sessão com a mão a esfregar em movimentos circulares a zona em torno do coração, referindo que estava muito agitado.

. Manuel Cristo - Muito focalizado na sua vivência militar e nas injustiças de que foi sendo alvo ao longo da sua carreira. Gostava de ter sido reconhecido pelo muito que considera ter dado a Portugal. Tem alterado a sua posição em relação ao Grupo, tendo aumentado a capacidade de ouvir a intervenção dos outros e de controlar a vontade excessiva que tem em relatar o que passou durante a guerra e mesmo no Pós-guerra. Falou da sua vida pessoal e das dificuldades que passou quando era jovem e a vontade de vir a ser militar para ir para a guerra. Tem um discurso muito formatado e quando é confrontado com questões que fogem do seu domínio de pensamento constante e obsessivo fica surpreendido e demora para perceber o que se pretende saber.

. Manuel Vaz Lourenço – Esteve nesta sessão menos participativo, mas calmo e descontraído.

. Benjamin Fernandes – Nesta sessão esteve mais contido, embora participativo. Falou das luxúrias de alguns corruptos e de uma vereadora da Câmara de Sintra a quem teve a intenção de fazer algo de mal pelos prejuízos que lhe causou. Acredita que existem muitas injustiças no nosso país, sendo que quem deu a vida pela pátria é totalmente ignorado e desprezado pelo governo enquanto que outros que fugiram para outros países aquando do Ultramar e que foram corruptos e actualmente têm melhores condições de vida e apoio do que os que serviram o país.

. Francisco Venâncio – Praticamente não comunicou verbalmente durante a sessão. Continua a ser dos primeiros a chegar e vai sempre ter ao consultório.

SUMARIZAÇÃO

O Manuel Cristo centrou toda a atenção na sua história de vida, desta vez o grupo sentiu compreensão e respeito pelo que era dito.

O Grupo mostrou-se com um ritmo mais calmo de intervenção, salientando-se o respeito pelos tempos de fala dos vários elementos e pela intervenção dos técnicos.

Manifesta-se um sentimento de compreensão e de auto-ajuda entre os vários combatentes e uma crescente capacidade para ouvir o outro, colocando-se no seu lugar.

Há uma partilha cada vez mais profunda de acontecimentos que causaram sofrimento e que ainda hoje permanecem por muito que se tente esquecer.

Com o decorrer das sessões tem sido evidente que “existiram várias guerras” sendo que não houve nenhuma pior do que a outra, tudo depende da pessoa, da forma como olha para as coisas e do significado que os acontecimentos têm para ela. Ficou a ideia de que mesmo sem se estar em situação concreta de combate, é possível ter medo e sensação de perigo e ameaça, o que pode prejudicar e causar dor a quem o vivencia.

Muitos fazem referência que este Grupo tem dois lados: um positivo, em que falam dos seus “fantasmas” e de coisas que sempre quiseram desabafar e não tinham com quem e; outro negativo, que se prende com o facto de que “*para arrumar é preciso desarrumar*” e quando se tem de voltar a falar de coisas que causam sofrimento e que se tenta esquecer todos os dias, isso é como viver de novo essas situações dolorosas e tem de se lidar com esse sentimento novamente. Mas de uma forma geral o feedback do Grupo é que apesar disso tem valido a pena, “Este serviço já vem tarde, mas mais vale tarde do que nunca”(sic).



LIGA DOS COMBATENTES
CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA
GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	6ª
Data	22.4.09
Hora	10:30h
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Fernando Teixeira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Benjamin Fernandes Francisco Venâncio Benjamin António

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

Houve um elemento novo, o Sr. Benjamin António. Foram justificadas as ausências do Sr. Samuel Craveiro e a possível substituição do Sr. Nuno Vivaldo.

A sessão começou com uma intervenção do Sr. Venâncio referindo que a sua experiência era um pouco diferente, porque era condutor e transportava pessoas de um lado para o outro, raramente andava armada.

No decorrer das várias intervenções foi-se observando que afinal a sua experiência não era assim tão diferente das experiências dos outros participantes.

Quase ao chegarmos ao final da sessão houve um período de tensão entre o Sr. Benjamin António e o Sr. Pinheiro com ideias opostas, que levou o Sr. Pinheiro a querer sair da sala.

De entre os intervenientes presentes salienta-se em cada um:

. Fernando Teixeira – Voltou a não falar, mas demonstrou estar calmo e em ressonância com o grupo restrito e o grupo alargado.

. José Figueira – Sereno e com intervenções sempre no sentido do por ponto de ordem nos diálogos e com uma postura de fazer clarificações do que tem sido dito até ao momento.

. Ilídio Pinheiro – Encostado ao canto porque ainda não se sentia bem. Falou das madrinhas de guerra, das muitas madrinhas de guerra que teve e que passava algumas aos seus camaradas e do significado que estas tinham para os militares (eram rapazes com cerca de 20 anos e que essa era a única forma que tinham de se distraírem e de ter algum apoio emocional). Continuou a referir que mais de metade dos acidentes foram provocados por descuidos ou por falta de instrução. Continua a ter ideias de culpabilização pelo mal que fizeram aos “turras”. No final da sessão teve um confronto de ideias com o Benjamin António e sentiu necessidade de se levantar para sair daquela situação. Pediu desculpa pelo seu comportamento mas que tinha de sair. Levantou-se e caminhou em direcção á porta mas acabou por não sair, tendo regressado ao seu lugar. No final da sessão pediu desculpa ao Grupo e em especial ao Benjamin pelo seu impulso.

. Manuel Cristo – Muita vontade de falar, mas nesta sessão não teve grande atenção por parte dos colegas.

. Manuel Vaz Lourenço – Esteve participativo, às vezes um pouco tenso, gesticulando e com vontade de falar e participar. Voltou a falar das atrocidades do Capitão Robes.

. Benjamin Fernandes – Esteve participativo e calmo. Falou das madrinhas de guerra e de uma representação “D. Leonor”, que foi bem tratado durante a peça de teatro que fez. Referiu que um dia recebeu uma carta, pensava que era uma madrinha, mas era o Alferes Sousa e Castro, a descrição desta situação originou um momento de descontração e bom humor no Grupo, em que todos se riram e partilharam um pouco das coisas boas que passaram durante o tempo de guerra.

. Francisco Venâncio – Mal começou a sessão, teve logo imensa vontade de falar, o que aconteceu praticamente durante toda a sessão. Referiu que tinha necessidade de falar pois ao longo das sessões anteriores não o tinha feito. Disse que a tropa dele era diferente da restante do Grupo. Era condutor e andava constantemente a transportar pessoas de um lado para o outro. Muitas vezes nem andavam com a arma. Falou da sua experiência e dos perigos que passou, os trilhos complicados, a curva da morte e de uma emboscada em que morreu um camarada que ia perto dele, com um tiro do inimigo. Emocionou-se e chorou. Durante a sessão estava calmo e com bastante vontade e necessidade de intervir.

. Benjamin António – Esteve praticamente sem falar durante a sessão. Parecia que estava longe, manifestando alguma tensão. Quase no final da sessão falaram nas atrocidades do Cap. Robes e reagiu exaltando-se e referindo em tom agressivo e alto que esse Capitão “Era meu cunhado”(sic), e o que se passou não foi nada do que estava a ser dito no Grupo. Falou em tom áspero, não concordando com algumas ideias de outros, nomeadamente do José Figueira e Ilídio Pinheiro. Gerou-se mesmo alguma tensão e o Ilídio Pinheiro que já não se estava a sentir bem desde o início da sessão, quis sair da sala.

SUMARIZAÇÃO

A sessão começou sem que fosse apresentado o participante novo, sendo que este lapso da equipa técnica pode não ter facilitado a adaptação deste ao Grupo. Este factor pode ser corroborado pelo facto de o Benjamin António só ter falado, quase mesmo em última instância, quando sentiu necessidade de repor a verdade face a alguém que lhe é próximo.

O Sr. Venâncio começou a falar da sua história de vida, que no início, dizia ser diferente, mas afinal parece que não é assim tão diferente. Fez-se ouvir e os outros escutaram-no e compreenderam. À medida que ia falando parava nas situações que foram difíceis para ele (serrava os dentes e chorou).

Falou-se das madrinhas de guerra e do significado que tiveram naquele período de vida dos militares, funcionavam como apoio afectivo. Superficialmente tocou-se nas necessidades básicas que passaram e em jeito de brincadeira nos padrinhos de guerra.

Esta sessão foi marcada por dois momentos opostos: por um lado a boa disposição e sentido de humor inerente á questão das madrinhas de guerra e, por outro lado, um momento de tensão que se criou face a duas posições que, aparentemente opostas, entraram em confronto. O estado mais debilitado do Ilídio Pinheiro ressentiu-se um pouco, tendendo para o evitamento e fuga, mas que a pedido de um técnico, acabou por não o fazer e acalmar um pouco.

Estes momentos de tensão são de grande intensidade mas de curta duração. No final falaram os dois intervenientes mais directos, um com o outro, tendo esclarecido a situação e pedido desculpas, mutuamente e ao restante Grupo.

No que respeita à intervenção técnica, poderia ter corrido melhor caso o Benjamin tivesse sido convenientemente introduzido (facto que lhe poderá ter causado alguma irritabilidade).

Em relação ao Ilídio, permaneceu na sala a pedido de um técnico, mas também poderia ter sido respeitada a sua vontade a deixa-lo sair da sala, indo posteriormente um técnico falar com ele.

Estes momentos de alguma tensão desde que bem geridos, podem revelar que aquele espaço é entendido como um local de compreensão e em que se pode ser como se é realmente. Com o passar do tempo é natural que as resistências vão caindo e que se deixe vir ao de cima a irritabilidade, mal-estar e agressividade de que muitos se queixam.



LIGA DOS COMBATENTES
CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA
GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	7 ^a
Data	06Mai09
Hora	10h30
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Fernando Teixeira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Benjamin Fernandes Francisco Venâncio Francisco Anjos

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

Houve um elemento novo, o Francisco Anjos, que vem encaminhado por psiquiatria e que fez uma sessão nos GAA de combatentes de Lisboa.

Foram justificadas as ausências do Samuel Craveiro (continua de férias de Páscoa na sua terra de origem) e o Benjamin António (Esposa encontra-se doente).

A sessão começou com o Benjamin Fernandes a falar das situações arriscadas em que se meteu e a sorte ou a “divindade” (sic) que lhe salvaram a vida.

A sessão foi vivida com muita intensidade com o Vaz Lourenço a chegar mesmo a levantar-se com gestos de ter uma arma na mão a disparar.

De entre os intervenientes presentes salienta-se em cada um:

. Fernando Teixeira – Voltou a não falar, mas demonstrou estar calmo e em ressonância com o grupo restrito e o grupo alargado.

. José Figueira – Tentou falar por várias vezes, tendo um técnico pedido no final para o deixarem falar, pois o resto do Grupo não lhe dava oportunidade para tal.

. Ilídio Pinheiro – Encostado ao seu canto falou da irresponsabilidade que alguns homens do seu pelotão tinham. Por exemplo numa ponte estratégica em Angola, à primeira vez cumpriram as regras de segurança, à segunda também, mas à terceira deixaram as armas e foram apanhar galinhas. No final voltou a pedir desculpa de se ter excedido na última sessão.

. Manuel Cristo – Controlou a sua vontade de falar. Quando entreviu disse que a guerra às vezes não tem regras, cada um faz o melhor naquela ocasião, e por vezes até se saem bem.

. Manuel Vaz Lourenço – Esteve outra vez muito participativo e expressivo corporalmente, levantando-se mesmo por duas vezes, gesticulando uma arma imaginária com as mãos, a dar fogo de rajada. Quando o Benjamin Fernandes falou que tinha ficado com um camarada seu, para trás isolados numa rebusca a um acampamento de “turras” e foram surpreendidos pelo inimigo, ele disse-lhe muito chateado *“não podias fazer isto, a tropa especial não faz isto. É uma irresponsabilidade. Estão sempre juntos e ninguém fica para trás. Não fogem, enfrentam logo o inimigo (sic)”*. Levantou-se em direcção ao Manuel Cristo a simular uma rajada. Sente-se o libertar de tensão/conflito interior. No final pediu desculpa pelos seus exageros.

. Benjamin Fernandes – Começou a sessão a falar bastante. Estava um pouco ansioso. Falou novamente do cinto que o protegeu quando ficou com um camarada seu para trás do restante pelotão e foram surpreendidos com fogo do inimigo. Falou também de um ataque mesmo junto ao forno onde cozia o pão do quartel, e que por sorte não foi abatido. Referiu várias vezes que não sabe porque está vivo. Que tem sofrido muito. Durante cerca de 20 anos não dormiu e que por coincidência passou a dormir melhor depois que o Sabimb ter morrido. Sonhava com a granada de morteiro que lhe caiu aos pés e não rebentou e com outras

situações traumáticas que não o deixavam dormir e os pesadelos, “flashbacks”, pensamentos intrusivos.

. Francisco Venâncio – Bastante calmo e descontraído. Falou da sua experiência e dos perigos que passou, os trilhos complicados, os transportes que fazia, com protecção e escolta, mas que também havia descuidos e alguma irresponsabilidade.

SUMARIZAÇÃO

A sessão começou com a apresentação do participante novo e a apresentação dos facilitadores, tendo sido lembradas algumas das principais regras de funcionamento do Grupo.

Esta sessão girou em torno da disciplina, ou a falta dela, que se verificava com frequência na tropa portuguesa da guerra do Ultramar.

Muitos dos acidentes, que originaram a maioria das mortes dos militares portugueses são atribuídas a acidentes e, como refere o Ilídio Pinheiro, rondam estatísticas tão elevadas como os 80%.

Todos concordam que existia uma falta de preparação adequada a uma guerra com características tão específicas como a de guerrilha, sendo que a formação que tinham era para uma guerra clássica.

O manuseamento do equipamento era deficiente, muitas das armas estavam obsoletas e eram inferiores às do inimigo.

Todo o Grupo concorda quanto ao facto de existir muito facilitismo por parte da tropa nacional, como por exemplo: não haver sapadores nas picadas; andar no mato sem arma; não andar sempre com o restante pelotão; condução imprudente; caçadas sem autorização; deslocações fora da hora permitida; deslocações sem alternar as picadas utilizadas; entre outros.

Referiu-se ainda no Grupo que algumas mortes também se ficaram a dever a “ajustes de contas” pessoais para com camaradas ou mesmo superiores da tropa portuguesa, “*no meio da emboscada nunca se sabe de que lado vem a bala, mas alguns morreram com G3*” (sic).

A disciplina para alguns era importante, mas que outros descuravam colocando em causa a segurança de camaradas. As forças especiais como Comandos, Fuzileiros

e Pára-quedistas tinham uma preparação mais rigorosa e exigente pelo que a sua capacidade de controlo e de estratégias de sobrevivência eram superiores.

No final da sessão a ideia que permaneceu foi que, por um lado quem tem falta de preparação perante uma situação difícil tem mais tendência a entrar em pânico e a ter reacções que coloquem a sua vida e de camaradas em risco, por outro lado as tropas especiais têm um maior auto-controlo e noção do meio circundante. Contudo, esta preparação mesmo que adequada á situação, a verdade é que não é totalmente protectora face a atitudes que se aprendeu que têm de ser tomadas para salvar vidas (por exemplo: “Matar tudo o que mexe”(sic).

Saber o que tem de se fazer não implica que o que se faz não seja contra a nossa consciência, como que se o sujeito saiba o que tem de fazer para sobreviver, porque foi treinado para tal, mas a verdade é que não queria estar em situação para ter de fazê-lo.

Estas situações podem muito frequentemente levar a conflitos intra-psíquicos, frequentemente no pós-guerra em que se descontextualiza os acontecimentos e “nos pensamos”, como afirma o Manuel Vaz Lourenço “Fizemos coisas que não devíamos”(sic).



LIGA DOS COMBATENTES
CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA
GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	8 ^a
Data	Mai09
Hora	10h30
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Benjamin Fernandes Francisco Venâncio

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

Nesta sessão houveram três ausências, o Benjamin António (que fez uma fractura óssea e tem a esposa doente), o Francisco Anjos (que teve uma consulta de psiquiatria no mesmo dia por se encontrar bastante agitado por ter sabido da morte de dois dos seus camaradas recentemente) e o Fernando Teixeira (que teve de se deslocar à sua terra de origem).

O início da sessão decorreu praticamente sem a intervenção dos técnicos. Começaram de imediato a estabelecer diálogo.

Ilídio Pinheiro – continua com um aspecto descuidado e manifestamente mais agitado. Refere que não consegue lidar com todas as injustiças com que se depara no seu dia-a-dia, que vê na televisão e nos jornais.

José Figueira – Sereno, descontraído e participativo. Referiu alguns exemplos de episódios durante a guerra, como o facto de ter sido desarmado perante os seus soldados e que isso representou para ele uma humilhação que recorda até hoje.

. Manuel Vaz Lourenço – Mais introvertido do que o habitual, quase sem intervir e com o olhar fixado no chão. Tem a postura semelhante à da consulta de triagem em que chorou bastante e que manifestou forte sentimento de culpabilidade. Referiu que

na tropa especial a última bala nunca era disparada para o inimigo, tinha de ser sempre guardada para o próprio. Refere que como era revisor no comboio às vezes não conseguia controlar-se com pessoas que não se comportavam tão bem, insultando com nomes e com vontade de os agredir fisicamente, principalmente a africanos.

. Benjamin Fernandes – Referiu que não gosta de ver na televisão nada que tenha a ver com a guerra. Tem comportamentos de evitamento e fuga com tudo o que se relacione com o Ultramar. Esteve com uma postura bastante descontraída. Foi aconselhado pelo Ilídio Pinheiro a ver o programa sobre o Ultramar e que este o poderia ajudar a compreender melhor a história e as vivências que teve na guerra.

. Manuel Cristo – Continua sempre muito focalizado nos seus feitos pessoais e nas injustiças de que foi alvo. Diz que o que mais quer é que seja reposta a verdade e que para isso está a escrever um livro para contar todos os factos.

. Francisco Venâncio – Descontraído e participativo. Fez referência a vários episódios que passou durante a vida militar e o Ultramar em especial.

SUMARIZAÇÃO

De uma forma geral o Grupo encontra-se com uma postura mais descontraída.

Existe um respeito crescente pelo tempo em que cada um deles fala e inclusivamente já conseguem pedir a um camarada para falar ou dizer-lhe que já está a falar há muito tempo e passar oportunidade de intervir para outro participante. Há uma auto-regulação manifesta do Grupo, reflexo de um possível aumento de auto-controlo a nível individual.

De salientar o facto de o Manuel Lourenço se encontrar bastante diferente do habitual no Grupo, estando aparentemente deprimido, cabisbaixo e menos participativo. Este poderá ser um indicador de que as suas defesas e resistências se encontram a diminuir progressivamente em contexto de grupo. Pareceu que já não tinha necessidade de se apresentar como o representante das forças especiais, com muito rigor, autodisciplina e determinação, para passar a ser o Manuel Lourenço que se apresentou na primeira consulta, vulnerável, frágil e com grande sentimento de culpa das “atrocidades que cometeu” (sic).

Em termos técnicos, houve alguma dificuldade em apresentar a sumarização, pois o Ilídio Pinheiro sentia necessidade de intervir e comentar o que ia sendo dito. No final das sessões existe sempre uma vontade por parte da maioria de continuar a falar e aquando da sumarização, a ressonância que isso vai tendo em cada um potencia essa necessidade de desabafo e justificação.

Foi sugerido que da próxima vez que isto acontecer se evite manter o contacto ocular com o participante que está a interromper, como forma de não incentivar o seu discurso.



LIGA DOS COMBATENTES

CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	9 ^a
Data	17 Junho 09
Hora	10h30
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Ilídio Pinheiro Manuel Cristo Manuel Vaz Lourenço Benjamin Fernandes Francisco Venâncio Fernando Teixeira Benjamin António

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

De entre os intervenientes presentes salienta-se em cada um:

. Fernando Teixeira – Tem manifestado uma atitude crescentemente empática e descontraída. Poucas vezes intervém no grupo mas vai acompanhando as intervenções e manifestando a sua opinião, regra geral de concordância, através de linguagem gestual.

. José Figueira – Descontraído e sereno, embora por vezes com introdução de factores detractores, como por exemplo fazer desenhos num jornal e sumarização de alguns aspectos abordados. Bastante ponderado nas palavras e comedido na forma como aborda determinados temas, tentando sempre salvaguardar o bem-estar de todos os elementos do grupo. É como se transferisse para a dinâmica de grupo o papel que desempenhou enquanto militar. Partilha da opinião do Ilídio Pinheiro no sentido de que o grupo deveria ter continuidade e que ainda há bastantes aspectos da guerra que deveriam ser abordados.

. Ilídio Pinheiro – Nas últimas duas sessões tem demonstrado muita vontade de falar e exteriorizar todo o sentimento de revolta e mal-estar que sente. Continua a demonstrar alguma ansiedade em saber se o grupo vai terminar antes do Verão e coloca a questão de que se terá continuidade mesmo depois das férias. Afirma que existem ainda temas que gostaria de ver abordados no seio do grupo e que apesar de todas as queixas em relação à guerra que têm vindo a manifestar há que haver união entre os combatentes. Refere que tem de haver organização entre os combatentes e que devem fazer chegar a quem de direito os seus sentimentos e angústias.

Coloca directamente uma questão aos técnicos presentes no grupo, no que respeita à repercussão exterior que terá tudo o for sendo dito no grupo.

Acredita que os combatentes estiveram numa guerra que não era a sua e que deveriam ser reconhecidos por todo o sofrimento causado. Comenta alguns episódios de guerra que se passaram consigo, episódios esses que já havia referido em sessões anteriores, sendo o seu discurso repetitivo, mesmo em termos das expressões verbais utilizadas.

São evidentes o sentimento de revolta e de humilhação, principalmente quanto ao facto de ter sido escoltado até ao barco de embarque, sem saber até hoje o porquê.

Quanto ao dia 10 de Junho em que esteve nas Comemorações dos Combatentes no Forte do Bom Sucesso, diz que mais uma vez se viu confrontado com uma separação entre oficiais e “combatentes” que considera que não deveria existir e que sendo a festa dos Combatentes, estes não deveriam ter de ficar atrás das barreiras de separação das celebrações. Teceu algumas críticas às instituições que supostamente existem para defender os interesses dos combatentes mas que acabam por não fazê-lo pois, segundo afirma, não são constituídas por pessoas combatentes e que recebendo fundos financeiros do governo, não podem contrariar / reivindicar as suas decisões.

. Manuel Cristo – Vai criando o seu espaço no grupo, com dificuldade em não manter conversas paralelas e comentários em voz baixa para os elementos que se encontram ao seu lado. É encarado com respeito pelos seus camaradas do grupo tendo em cada sessão uma abertura para falar das suas vivências e experiência de guerra, sobretudo das injustiças que sofreu ao longo da sua vida militar. Discurso muito repetitivo e com hesitação sempre que confrontado com questões que já não tem esquematizadas anteriormente.

. Manuel Vaz Lourenço – Tem estado menos interventivo nas ultimas duas sessões mas sempre muito atento.

. Benjamin Fernandes – Muito participativo e bem-humorado. Cooperativo e empático com todos os elementos do grupo.

. Francisco Venâncio – Participativo e interventivo em quase todas as temáticas abordadas pelo grupo. Bastante crítico em relação á intervenção da Liga dos Combatentes para com os combatentes em geral e em particular na falta de organização desta aquando das Comemorações do 10 de Junho e do Congresso dos Combatentes, em que apenas foram convidados os Presidentes dos Núcleos (motivo pelo qual acabou por não participar do mesmo).

. Benjamin António – Com bastante facilidade de integração do grupo. Tem estado mais descontraído e participativo. Tem uma forma incisiva e dura de fazer as suas abordagens, com muita determinação e dificuldade em aceitar opiniões que o contrariem. Contudo, nesta sessão as suas características personalísticas não deram origem a momentos de tensão, e parece que o grupo já entendeu a sua forma de expressão isso já não funciona com factor de tensão e conflito.

. Francisco Anjos – Sempre atento a todas as movimentações do grupo mas pouco interventivo. Ainda bastante focalizado nas questões mais individuais e os problemas que tem para resolver em si mesmo, o que possivelmente o impede de ter a consciência de que também pode ajudar os outros. Encontra-se com acentuados problemas familiares e sob forte medicação, pelo que é de salientar o esforço que faz para vir a todas a sessões. Parece que precisa de ganhar mais confiança para encontrar o seu espaço no grupo, o que é potenciado por ser o elemento mais recente e ainda ter poucas sessões.

SUMARIZAÇÃO

A dinâmica de grupo tem-se revelado cada vez mais descontraída e serena com o decorrer das sessões. Os momentos de tensão entre os vários elementos tem diminuído e os espaços de abertura a bom humor e relaxe são mais frequentes.

É evidente alguma ansiedade transversal a todo o grupo no sentido de saber se este terá um *terminus* próximo. O grupo foi esclarecido que esta é uma questão que tendo sido ponderada pela equipa técnica, ficou determinado que este grupo iria prolongar-se e que não seria dividido no final da 1ª de 3 fases, como tinha sido inicialmente previsto. Ficou evidente que existem alguns temas que vários elementos ainda querem abordar e que o facto de virem a ter tempo para isso, os descansou nesse sentido. Consideram que ainda há muita coisa a dizer sobre a guerra e, como afirmou o Benjamin Fernandes “*Temos assunto que nunca mais acaba...*”(sic).

Foi também esclarecido que, no entanto, este se trata de um grupo de carácter flexível e que como tal se encontra aberto a novos elementos, da mesma forma que permite a desistência de elementos mais antigos.

Em reflexão interna da equipa técnica foi ainda ponderada a questão da criação de um ou dois grupos Psicoterapêuticos paralelamente ao Gp original. Neste momento a possibilidade mais forte recaí sobre a criação de um único grupo paralelo pois optimização dos recursos financeiros e humanos.

Face à questão levantada quanto ao facto de a equipa técnica poder dar voz às problemáticas reveladas pelos elementos do grupo durante as sessões, fazendo chegar as suas questões e reivindicações a quem de direito, esclareceu-se que de acordo com o tinha sido esclarecido desde o início do grupo, tudo o que é dito nas sessões grupais permanece nas mesmas. Desta forma, apesar de dois dos técnicos pertencentes à equipa técnica, fazerem parte da Liga dos Combatentes, a sua função no grupo é estritamente técnica. Só desta forma é dada a garantia de que podem abordar todas as questões que considerarem relevantes com confiança e segurança de identidade. Deste modo, a forma que, enquanto equipa técnica, encontramos de ajudar na problemática e preocupações do grupo passa por ajudar cada um em termos individuais. Caso vão conseguindo restabelecer-se e ganhar alguma força durante as sessões, mais fácil se torna terem coragem e energia para lutarem pelas suas causas. É então, neste sentido que pretendemos ajudar, podendo contribuir para uma compreensão individual e um ganho terapêutico individual que se reflecta em termos grupais, que os leve por si mesmo a lutarem pelos seus direitos. A sensação que ficou na equipa técnica, foi que esta questão se tratava quase que de um apelo, um

questionamento “*Será que isto é mais do mesmo? O que traz este grupo de diferente?*”.

Este aspecto embora possa de alguma forma, ter defraudado as expectativas de alguns dos elementos do grupo, foi ética e coerente com as informações iniciais transmitidas ao grupo. Para além disso permitiu uma maior libertação de constrangimentos de críticas que pudessem querer fazer á Liga dos Combatentes. Isso foi conseguido quase de imediato, quando o Francisco Venâncio teceu algumas críticas construtivas em torno da falta de organização por parte de Liga dos Combatentes, em relação ao dia 10 de Julho em Belém. Pareceu-nos que este ponto foi muito positivo e construtivo para o grupo pois permitiu estabelecer o distanciamento entre a dimensão técnica e o trabalho na Liga dos Combatentes, ao mesmo tempo que favoreceu uma maior liberdade para falar sem restrições e de forma mais descomprometida em relação ao eu realmente sentem, especialmente em respeito à LC.

Na reflexão da equipa técnica foi ainda abordada a questão de um dos técnicos da LC ter sentido necessidade de explicar algumas questões colocadas em relação ao funcionamento da própria LC e de alguns eventos organizados por esta. O que se entendeu é que no papel de técnico é por vezes difícil estabelecer este limite entre o trabalho enquanto técnico e a representação de uma instituição. Desta forma, os esclarecimentos prestados vieram no sentido de não reforçar a ideia de alguns dos elementos do grupo, de que “*Fazemos questões, temos dúvidas e nem nos respondem*”. Este esclarecimento serviu portanto para não agravar este distanciamento institucional e para dar continuidade ao respeito efectivo que existe pelos pacientes.

De uma forma geral, e á excepção do Francisco Anjos, o que se tem verificado é que a dinâmica de grupo tem feito um movimento no sentido do particular/individual para o geral/grupo. Durante as primeiras sessões existia uma forte auto-focalização nos seus próprios problemas, angústias e sentimentos. Verificava-se quase que uma competição em termos de sofrimento durante a guerra, com afirmações do género: “*Essa não foi a minha guerra*”; “*Connosco era muito pior*”; “*Eu é que tinha de fazer tudo*”; “*Estivemos na pior zona*”(sic). Parece que o sofrimento acumulado durante anos tinha de ser partilhado, de ser exteriorizado sendo natural que nessas alturas em que temos uma grande carência e queremos receber compreensão e aceitação, não estejamos preparados para dar, nem tão pouco temos capacidade para reconhecer que existe no outro essa necessidade.

Com o decorrer das sessões foi havendo a percepção da existência de um local seguro para partilhar essas angústias, um local que permanece para além da sessão, e que tem a garantia de estar lá dentro de 15 dias novamente. Como que se a sensação de que “aquele local está lá para nós e tem efectivamente esta finalidade, em que posso revelar o meu eu, sem críticas e juízos, em que falamos a mesma linguagem e onde sou compreendido” perdurasse e possibilite por si uma estabilidade e reequilíbrio. Estabelecida esta confiança e segurança, torna-se mais fácil criar espaço para ouvir o outro, pois tenho a garantia que terei também espaço para o fazer. Ao ouvir e compreender o outro estou a criar um espaço nele também para me ouvir, e há um ciclo vicioso positivo que se cria, dando origem a um espaço genuíno de ouvir e partilhar, de dar e receber. É desta permuta que resulta a descontração e serenidade, e até mesmo bom humor actualmente presente no grupo.

É natural que, perante esta sensação actual de bem – estar não se pretenda abordar determinados aspectos, que já por várias vezes estiveram em discussão no grupo e que acabaram por se desvanecer, não tendo havido continuidade.

Será de prever que após esgotados estes aspectos mais superficiais e grupais da guerra, que originam uma sensação de alívio / bem – estar imediatos, se aprofunde outras questões mais “profundas” e que se possa continuar a trabalhar no sentido de uma mudança pessoal positiva com verdadeiros ganhos terapêuticos.

De salientar ainda que, em relação ao Samuel Craveiro, ficou definido que dadas as constantes faltas (embora justificadas) que tem dado, será excluído deste grupo. Esta decisão foi estabelecida tendo em conta que o restante grupo já não o sente como sendo membro integrante do Gp e que a sua participação neste momento em concreto, poderia potenciar a sua descontextualização, tal como interferir na dinâmica estabelecida pelo grupo. Adicionalmente ficou sempre em aberta a possibilidade de ser integrado num novo grupo que venha a ser criado.



LIGA DOS COMBATENTES

CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	10ª
Data	03Jun09
Hora	10h30
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Ilídio Pinheiro Fernando Teixeira Manuel Cristo Benjamin Fernandes Francisco Venâncio Francisco Anjos

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

Nesta sessão houveram duas ausências: o Manuel Vaz Lourenço e o Benjamim António. O Vaz Lourenço telefonou a informar que não podia vir porque teve um acidente. O início da sessão começou com o Benjamim Fernandes, praticamente sem a intervenção dos técnicos. No decorrer da sessão partilhou experiências e acontecimentos (morte de camaradas) e teve ressonância do Anjos que voltou a falar do Russo e da MAN que tombou. Quase no final o Ilídio e o Figueira questionaram novamente o motivo porque estão no grupo e as expectativas que os técnicos pudessem servir para levar a mensagem “reivindicativa - luta” para o General da LC. São iguais às outras associações,....

Ilídio Pinheiro – apresentou-se muito cabisbaixo. Sempre com a cabeça caída, expressão triste e a olhar para o chão. Sensivelmente ao meio da sessão questionou, porque estava no grupo e para continuar assim que não valia a pena continuar. Pensava que das sessões sairia um relatório com aquilo que lutam à vários anos (p.e. acesso aos Hospitais Militares,....) e que essa mensagem chegaria ao General da LC,

para depois levar ao Governo. Foi clarificado pela Dr^a ON que esse não era o papel dos técnicos e conforme as regras estabelecidas no início dos grupos – o que se falar ali não sai da sessão.

José Figueira – Descontraído, mas pouco participativo. Também interveio na mesma altura do Ilídio e com uma postura muito semelhante à do Ilídio. Pareceu que vinham preparados,....

Fernando Teixeira – Sem intervir, mas muito descontraído, por vezes a sorrir,....

Benjamin Fernandes – Começou logo a falar de várias situações. Antes do 25 de Abril, durante o 74 e que esteve quase para haver derramamento de sangue. Os militares fizeram o Ultramar e o 25 de Abril. Falou do Otelo que foi para Cuba. De Cubanos e Espanhóis que queriam que andássemos todos aos tiros uns aos outros para depois os Espanhóis tomarem conta disto.

Falou da vida que levou sempre séria e honesta, mas que não lhe valeu de nada. Os diamantes que teve na mão,.. O Capitão Rogério Lobato e o Alferes Miranda,....

Ele não tinha que ir para a mata, mas ia sempre ao lado do Capitão. Um dia não foi porque lhe tinha dado umas bofetadas sem razão (as latas de salsichas estragadas), e ele foi ferido nesse dia. Quando regressou disse-lhe - se tens ido não tinha sido atingido. Um grupo do seu pelotão foram à caça e foram emboscados e também era para ir. Um morto nos braços dele e vários feridos. O morto passou-lhe o espírito (sim porque eu acredito que temos sempre alguém atrás de nós). “Dai para cá nunca mais fui o mesmo”.

De vez em quando tem necessidade de ir ao monumento dos combatentes e fazer uma oração ao amigo de está lá gravado, é um herói, estão ali os heróis e eu contribui para isso. Andei a angariar assinaturas para erguer aquele monumento.

Foi interrompido pelo Anjos que tem uma experiencia parecida do Russo lhe ter morrido nos braços.

Manuel Cristo – Pouco interventivo, algumas vezes tentou falar para o lado, mas o Figueira não interagiu com ele.

Francisco Venâncio – Descontraído e no final participou, dizendo que a alguns dirigentes dos Núcleos da Liga nem vão lá, não querem saber de nada. Mas tem colaborado com o Núcleo da Azambuja e as instalações já melhoraram com a sua ajuda.

Francisco Anjos – Com um olhar de sofrimento, com alguma tensão. À medida que o Benjamin ia falando, via-se no Anjos uma expressão de que aquilo que o Benjamin falava mexia com ele. Experiências de colegas que foram feridos e morreram. Quando o Benjamin referiu que lhe tinha morrido um colega nos braços, não resistiu, parece que tinha sido tocado. Falou novamente no acidente com a MAN que virou e o Russo tinha ficado por baixo, que lhe tinha morrido nos braços e que se sentia muito culpado. Disse que na altura agarrou na G3 e tentou matar-se, mas a arma encravou e depois os colegas não o deixaram tentar novamente.

Parece que o Russo o acompanha para todo o lado. Falou da 1ª mulher que morreu e do 2º casamento, quando as gémeas nasceram, fazendo a associação com o seu amigo falecido em combate que se estivesse vivo, também teria família e filhos.

Da necessidade de ficar sozinho (antes bebia para esquecer), de caminhar pela serra da Arrábida e Figueirinha. Disse que anda muito melhor com a medicação do Dr. JH, anda mais calmo e dorme melhor.

SUMARIZAÇÃO

De uma forma geral a sessão centrou-se no Benjamin e mais tarde no Anjos. Os seus conflitos e a sua luta é evidente. Identificaram-se um com o outro, na forma como tinham experienciado a morte de camaradas (nos braços).

O grupo auto-regulou-se, sem se interromperem e respeitando os momentos de cada um.

Na parte final da sessão após a intervenção do Ilídio e do Figueira ao questionarem se valia a pena continuar o grupo. A mensagem que pretenderam passar foi que tinham expectativas que no final de cada fase fosse efectuado um relatório ou as principais reivindicações das suas lutas de há mais de 4º anos e como não é isso que vai acontecer que se calhar não fazem ali nada. “Se é só para isso então talvez não valha a pena continuar”. Com críticas manifestas à LC que deveria fazer, mas não faz nada.

A Drª Odete clarificou a situação e o papel dos técnicos e o tipo de ajuda terapêutica que podem receber.

O António teve a necessidade de explicar o que a LC tem feito e o que pretende fazer, e que tudo começou há menos de 1 ano. Como estamos a ajudar os combatentes e famílias pelo país e o que temos sentido.

Na síntese final, o Tito falou da compreensão por parte dos técnicos das suas lutas de há muitos anos, naquele espaço podem encontrar estratégias individuais e em grupo que os pode orientar para outras lutas. Mas sobretudo clarificou o que esperam encontrar no interior do grupo e qual o papel dos técnicos na construção desse caminho.

Falou do sofrimento das experiencias vividas pelo Anjos e pelo Benjamin da morte de camaradas e de algo que eles lhes passaram e que vivem com isso no dia a dia. Parece que os acompanham para todo o lado. Houve parte deles que fazem parte das vossas vidas. E cada um procura ultrapassar os momentos difíceis à sua maneira. Cada um é diferente e reage de forma diferente, apesar de experienciarem situações muito semelhantes e marcantes para a vossa vida.



LIGA DOS COMBATENTES

CENTRO DE ESTUDOS E APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL – LISBOA

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO 1

Sessão	11 ^a
Data	15Jul09
Hora	10h30
Técnicos	Dra. Odete Nunes Dr. Tito Laneiro Dr. António Correia Dra. Martina Lopes
Pacientes	José Figueira Ilídio Pinheiro Fernando Teixeira Manuel Cristo Benjamin Fernandes Francisco Venâncio Benjamim António

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

A sessão decorreu com alguns minutos de atraso por parte da equipa técnica. De início foi explicado por um dos técnicos os motivos desse atraso.

A sessão foi preenchida de forma descontraída e relaxada como já vem sendo característico nesta fase do Gp.

Faltou o Sr. Francisco Anjos, pois como se confirmou posteriormente, ao ser informado pelo serviço do CEAMPS que tinha uma consulta na quarta-feira seguinte à da sessão do Gp pensou que a data desta tivesse sido alterada para o mesmo dia.

. Ilídio Pinheiro – Bastante calado inicialmente, com o decorrer da sessão não foi “resistindo” a falar sobre os assuntos relacionados com a guerra. Referiu no final da sessão que não quer continuar no grupo por considerar que as suas expectativas foram defraudadas desde o início do mesmo. Referiu que falou com o Coronel Hilário (membro da Direcção Central da Liga dos Combatentes) em relação à sua saída do Gp e que pensava que isso teria surtido algum efeito. Tendo sido mais uma vez esclarecido pela equipa técnica que o que se passa no grupo não sai do mesmo de forma que opiniões exteriores não contam para alterar regras estabelecidas desde início.

. José Figueira – manteve-se dentro do registo que tem manifestado até agora. Sempre comedido nas palavras e paciente na espera pela sua vez de falar. É evidente que tenta sempre por um ponto de ordem no que vai sendo dito e ter um papel de clarificação das ideias que vão sendo apresentadas, acrescentando frequentemente uma visão mais abrangente e profunda fruto do privilégio informativo que a sua posição de furriel lhe permitia.

. Benjamim Fernandes – Muito interventivo, com uma facilidade crescente de exposição dos seus sentimentos, emoções e medos.

. Benjamim António – Bastante interventivo, com uma postura mais serena, embora a sua forma de expressão verbal denote caracteristicamente alguma tensão e ansiedade. Reforçou o facto de durante a guerra o sentido da vida ser alterado, de tal forma que, segundo afirma, se torna muito fácil matar. Acrescenta que enquanto esteve na guerra não confiava em ninguém para além de um animal de estimação que tinha. Conta um episódio em que num dia em que regressava ao quartel e não via o seu animal de estimação, procurou-o por todo o lado até que o encontrou morto dentro do caixote do lixo. Refere que a sua raiva na altura foi tão grande que, como afirma, era capaz de matar quem quer que fosse que o tivesse feito. Assim, pegou na sua “faca do mato” e andou atrás de informações. Acredita que dado o seu estado nervoso alterado, ninguém lhe disse quem tinha sido. Só mais tarde aquando do seu regresso é que teve a informação através de um camarada de que tinha sido um “preto”, pelo

que o único que estava no quartel era quem fazia a limpeza do seu quarto. Refere que se tivesse sabido logo na altura não teria hesitado em matá-lo.

Fez relatos de camaradas seus que pegavam em bebés pela boca e que batiam com eles em paredes para os matar.

. Manuel Vaz Lourenço – Não entrevistou muito durante a sessão mas manteve a atenção que tanto o caracteriza desde o início do Gp. Manifestamente com um maior controlo da sua impulsividade e atitudes bruscas. Com uma postura mais relaxada e sem a necessidade de recorrer a gestos e alteração de voz para fazer ver a sua posição. Parece que já conseguiu estabelecer o seu lugar no grupo e que se sente seguro neste. Continuou a criticar o Benjamim Fernandes no sentido de algumas irresponsabilidades de actos irreflectidos e imaturos durante a guerra que poderiam ter custado ainda mais vidas, e que só não aconteceu por mera sorte.

. Francisco Venâncio – Mediante os assuntos que vão sendo abordados tem sempre espaço para manifestar a sua opinião e dar exemplos de situações que se passaram com ele. Apesar de algumas críticas que aponta a falhas de organização por parte da LC tem orgulho do trabalho que tem vindo a desenvolver com os restantes membros do Núcleo da Azambuja. Fez questão de reforçar o convite para os técnicos irem ver as obras de remodelação efectuadas.

. Manuel Cristo – Tem vindo a alterar um pouco o seu discurso ao longo do decorrer do Gp. Nesta sessão foi a primeira vez que falou do facto de ter atirado para matar e de efectivamente ter morto vários inimigos. Até agora afirmava sempre que nunca o tinha feito, que condenava isso nos outros e que sempre que disparava era para falhar. Fez ainda referencia a atrocidades cometidas por parte da tropa portuguesa às quais assistiu: um superior seu que o convidou para a assistir a como procediam para matar os “turras”, o que acontecia é que estes eram pendurados pelos pés e davam-lhes com paus na cabeça e depois eram deitados aos crocodilos para os comerem, mas estes já depois de mortos. Outra forma que tinham de matar os “turras” era atá-los aos carros de combate com cordas e andavam com eles a arrastar pelas picadas. Estes nativos, muitos deles ainda vivos eram deitados também aos crocodilos. O Sr. Cristo disse que ficou chocado com o que viu e que foi incapaz de participar destes actos. Como já o caracteriza o Sr. Cristo tem por hábito referir tudo o que tem escrito quando está a falar, porém quando fez estes relatos disse que este era o tipo de coisas que não gostava de escrever e que não faziam parte dos seus relatos. Mais uma vez se confirmou a sua tendência para relatar apenas as partes boas dos seus

feitos e das vivências da guerra. Deu a entender que muito mais há a contar para além dos feitos heróicos que tem referenciado até agora. Esta exposição pessoal por parte do Sr. Cristo poderá relacionar-se com a sua necessidade de aceitação e integração num contexto em que as partes más da guerra são muito expostas e que ela sabendo que existiram, e embora queira pô-las de parte, acabou com o tempo por também as relatar. Este evitamento pode prender-se com um mecanismo de defesa para não sofrer com o que passou e, simultaneamente com a sua necessidade de reconhecimento por todo o seu empenho e trabalho enquanto militar. Os seus sentimentos de revolta e injustiça fazem com que se focalize quase exclusivamente no que fez, tentando por de parte o quanto isso o afectou e continua a afectar até hoje. Teve também nas suas intervenções a capacidade de impor a sua posição e de contrariar a tendência que se foi criando para desvalorizar o que diz, com palavras directivas para alguns elementos do Gp, no sentido de o deixarem falar e de ser mais sucinto nas suas intervenções.

SUMARIZAÇÃO

Esta foi a última sessão antes das férias pelo que houve a necessidade de esclarecer alguns dos aspectos que pareciam estar pendentes mas que acabaram por não ser abordados ao longo da sessão. Em relação à continuidade do Gp optou-se por manter os mesmos elementos mas com a flexibilidade necessária para permitir a saída dos elementos que o quiserem fazer, e caso se justifique poderem entrar novos elementos. No final, o Sr. Ilídio Pinheiro referiu que não tinha vontade de continuar por sentir que este grupo não tinha a finalidade, e que pensava e que tinha a esperança de que algo tivesse alterado desde que teve uma conversa com um elemento da Direcção Central da LC. Como já foi referenciado, fez-se a esclarecimento entre a parte técnica e o funcionamento.

Pela primeira vez durante as sessões foi abordado o tema das “ atrocidades ” que foram cometidas por ambas as tropas, tanto do lado Africano como do português. Foram feitas revelações bastante fortes em que muitas mortes envolviam crianças e mulheres e violência em geral de uma forma gratuita. Na reflexão técnica final tentou transferir o racional de que o contexto de guerra permite ter atitudes que de outra forma não surgiriam. Da mesma forma cria-se um ambiente de aceitação e cumplicidade que alimenta e mantém esses actos, mesmo “ contra vontade ”, como referido por muitos combatentes.

Depois quando a pessoa é retirada desse meio e novamente integrado nas regras normativas da sociedade da “Metrópole” tem de se confrontar com essas atitudes mas agora numa consciência afastada da realidade que as permitiu. É deste conflito intrapsíquico que surgem muitas das perturbações associadas à vivência de guerra, frequentemente suportadas por sentimentos de revolta, culpa e remorsos.

Reflexão

A intervenção em Grupo tem sido uma aposta ganha para o Centro de Apoio Médico Psicológico e Social da Liga dos Combatentes – Lisboa.

Dada a grande afluência de combatentes e esposas que tem havido a este recente serviço há a necessidade de otimizar meios e recursos humanos para as intervenções. Nesta medida os Grupos possibilitam que se chegue a mais utentes de uma vez com um número reduzido de técnicos e com eficácia bastante satisfatória.

Neste tipo de população temos verificado que uma das grandes necessidades é a de serem ouvidos e de compreensão perante os enormes sentimentos de angústia, revolta e injustiça de que partilham. Têm sido evidentes os ganhos terapêuticos quando esta função contentora é feita por camaradas que falam a mesma linguagem e partilham sentimentos semelhantes. Parece-nos que o simples conceber da ideia de que não são os únicos que se encontram neste mal-estar generalizado e que podem finalmente ser ouvidos num ambiente destinado a esse fim e em que podem ser compreendidos, proporcionado por si só um novo conforto e uma aumento no bem-estar consigo mesmo.

Outra vantagem da abordagem em grupo, nesta população em específico prende-se com a possibilidade de não requerer infra-estruturas que envolvam muitos recursos materiais, pelo que possibilita que se realizem sessões de GAA em locais fora de Lisboa e que possam ser conciliados com as Visitas domiciliárias efectuadas semanalmente. Desta forma também se facilita que os utentes não tenham de se deslocar para locais muito longe da sua habitação.

Por outro lado os Grupos tanto podem ser realizados com os combatentes como com mulheres de combatentes, que, pelo que temos verificado também têm muitos sentimentos e vivências semelhantes.

Os GAA possibilitam ainda que as sessões sejam realizadas fora do contexto habitual, por exemplo, que uma das sessões possa ocorrer num jardim ao ar livre. Neste tipo de grupos em específico pretende-se que a rede social criada no contexto grupal seja alargada para além do espaço que lhe estava inicialmente destinado e que

sobretudo, as redes de apoio e afectivas estabelecidas durante esta partilha e aprendizagem mútua, possa transpor-se para a vida social dos seus elementos.

Tem-se verificado com o decorrer das sessões que são vários os combatentes que têm poemas escritos, outros que fazem pinturas, pelo que será provável que se planeie uma exposição de trabalhos para a sede da Liga dos Combatentes.

(B) Grupos de Auto – Ajuda

Os grupos de Auto-Ajuda são estruturas relativamente pequenos (6 a 15 elementos) constituídas por indivíduos que partilham um problema ou situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade. Os GAA fornecem apoio, encorajamento, informação e estratégias de coping. Segundo, a AEIPS (2008) estes grupos permitem a partilha de experiências entre pessoas com doença mental e a identificação de estratégias de resolução ou superação dos problemas e dificuldades que se nos apresentam todos os dias.

O que os difere de outros grupos é o facto de serem liderados pelos seus próprios sujeitos, terem como pressuposto básico a autonomia face a qualquer sistema interventor exterior e como estratégia comum a ajuda mútua que é considerada como principal recurso (Carmo, 2000). Estes grupos são orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das capacidades individuais e na identificação de problemas comuns e criação de recursos adequados. Um dos objectivos principais dos grupos é a partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências.

Enfatizam-se as interacções sociais face a face, promove-se a auto-estima, auto-confiança e estabilidade emocional, desenvolve-se a intercomunicação e o estabelecimento de relações de suporte positivas. Os GAA estabelecem também espaços de convívio que reduzem o sentimento de isolamento dos indivíduos que se defrontam ou sofrem de problemas inesperados ou crónicos.

As suas reuniões são periódicas (semanais, quinzenais ou mensais), normalmente a liderança é partilhada entre os seus elementos e o seu sistema de decisão é democrático. As regras de funcionamento do grupo são definidas por todos e é mantida a confidencialidade.

Tipos de grupos de Auto – Ajuda

Os grupos que se formam sob a perspectiva da ajuda mútua e têm um grande número de actividades e problemáticas organizadoras. Um grupo pode ser constituído por diversos motivos em torno de um objectivo principal.

Existem muitos factores situacionais que levam as pessoas a procurarem pares em condições semelhantes, nomeadamente num grupo de ajuda mútua.

Os grupos constituem-se para fazer face a momentos de crise pessoal, seja de natureza predominantemente emocional, de natureza interpessoal, de natureza social, de natureza física ou ainda de natureza mais diversificada como a dependência de substâncias.

Os grupos direccionados para o “crescimento pessoal e bem-estar”, por exemplo, englobam grupos de pais, grupos de exercício, grupos de reformados ou grupos de crescimento de homens ou mulheres. Outros grupos têm como principal função fornecer suporte, por um período de tempo limitado, em situações de crise, inesperadas; outros ainda, têm como objectivo ajudar os seus membros a adaptarem-se e a lidarem com “doenças ou condições crónicas”.

Apesar de orientados em função de diferentes problemas e situações, todos os GAA funcionam como locais onde as pessoas podem partilhar histórias, ser ouvidas, rir, chorar e onde são aceites tal como são; com todas as suas qualidades, defeitos, problemas ou fraquezas. Todos eles proporcionam apoio emocional e encorajam as pessoas no seu percurso ao longo da vida.

Criação de um Grupo

A ajuda mútua, apesar de ter como funcionamento a partilha de experiências entre pessoas com o mesmo tipo de problemática, não se constitui inteiramente como um grupo aleatório de pessoas que decidem associar-se. A experiência mostra que a criação e preparação de um GAA demora entre 6 a 12 meses. Torna-se necessário considerar vários aspectos para que uma iniciativa deste género tenha sucesso.

O desenvolvimento do modelo de ajuda mútua tem conduzido à adesão e envolvimento de muitos profissionais que rapidamente se tornaram agentes na organização de novos GAA para dar resposta a necessidades percebidas junto das populações com que convivem.

É aconselhável que a acção do profissional de ajuda seja moderada por algumas regras como; respeitar a autonomia do grupo de ajuda mútua e certificar-se que essa atitude é reconhecida; garantir que a sua intervenção não irá nunca competir com a acção do grupo, mas apresentar-se como um complemento; e negociar claramente o seu papel, com o grupo, de modo a poder ser reduzido ao mínimo o risco de conflito decorrente de diferentes percepções sobre o seu âmbito de actuação.

Pesquisa de modelos

O problema que motiva a criação do grupo deve ser estudado cuidadosamente, e uma vez identificada a problemática que origina a criação do grupo, ou o tipo de grupo que se planeia constituir, é necessário determinar se já existem grupos nacionais, ou algum modelo documentado com incidência na temática seleccionada. Os grupos em actividade poderão ajudá-lo com a sua experiência. Os modelos já existentes podem ser utilizados em benefício de todos.

É importante que os fundadores de um GAA aprofundem os seus conhecimentos sobre ajuda mútua, dinâmica de grupos e do que os distingue de outros grupos orientados para o desenvolvimento pessoal ou social dos seus membros. É possível aceder a este tipo de conhecimentos pela leitura da bibliografia existente e pelo contacto com grupos já constituídos.

Identificação dos participantes

O sucesso ou fracasso de um GAA depende, em boa parte, da definição da abrangência do grupo e selecção dos seus participantes. A escolha da problemática e a definição da abrangência do grupo permite determinar previamente, alguns critérios para a selecção do tipo de pessoas que poderão integrar o grupo de ajuda mútua. As necessidades a que o grupo irá responder são determinantes da selecção dos respectivos participantes, entre os possíveis candidatos.

Para dar início a um grupo de ajuda mútua terá que ser identificado, o primeiro grupo de pessoas. Serão necessárias pessoas que estejam preparadas para se comprometerem individualmente com o esforço pretendido para começar um grupo; com experiência em lidar com o problema em questão; vontade para interagirem em situações de grupo e que estejam disponíveis para ajudar os outros.

Funções de um grupo de Auto-Ajuda

A função de um grupo refere-se ao propósito principal para o qual foi criado. A maioria dos GAA assenta num de 3 modelos; que são o Suporte emocional (promoção de entreajuda, estratégias de coping e mudança individual); o suporte Educacional (alargamento da compreensão da problemática e disseminação da informação sobre a mesma) e a Acção social ou aconselhamento (objectivo lidar com questões relacionadas com a forma como o sistema trata ou vê a pessoa afectada pelo problema, em questão).

Clarificação da participação de profissionais

Um profissional num grupo de ajuda tem o papel de consultor. A maioria dos consultores facilita informações e sugestões, não assume nenhum tipo de responsabilidade, nem de liderança, na tomada de decisões ou tarefas do grupo. O profissional, enquanto consultor, intervém em diversas áreas, como o treino de competências pessoais e sociais, identificação de recursos, apoio ao desenvolvimento de programas específicos e resolução de problemas concretos.

Primeira sessão

Depois do estabelecimento do relacionamento entre os membros. A primeira reunião deve, em termos de tempo, permitir que todos os membros se apresentem e falem acerca das necessidades a que o grupo pretende responder. A reunião deve terminar com um acordo sobre as necessidades do grupo e regularidade dos seus encontros.

As reuniões subsequentes devem incluir tempo para o debate do tema dominante do grupo. Alguns grupos incluem nas suas reuniões actividades (sessões de esclarecimento, projecção de filmes, debates) que complementam a vertente de suporte emocional do grupo de ajuda mútua.

Ambiente

O ambiente físico tem um importante papel na maneira como as pessoas se sentem confortáveis e seguras. A envolvente física das reuniões deve ser organizada cuidadosamente, tendo em conta que o local deve proporcionar o conforto físico adequado: em salas excessivamente frias, quentes ou húmidas, as pessoas têm tendência a distrair-se e a não participar; as paredes e a decoração não devem ser distractivas, para não fomentar a desconcentração; a disposição das cadeiras em círculo ou à volta de uma mesa favorece as trocas mútuas, enquanto que as disposições que fazem sobressair o líder promovem a dependência e os participantes terão tendência a dialogar somente através deste e todo o equipamento de comunicações deverá ser desactivado, a fim de evitar interrupções. (Carmo, 2000).

Desenvolvimento do GAA

Como todos os outros grupos, os GAA têm fases desenvolvimentais. Karen Hill no Guia para GAA "Helping you, helps me"(1987), descrevem ,quatro estádios sendo eles a formação (que se inicia quando as pessoas tentam encontrar outras que partilhem o seu problema ou preocupação); a normalização (o grupo começa a desenvolver relacionamentos com outras estruturas de apoio na comunidade, as rotinas de reunião começam a desenvolver-se); a tempestade (surtem desacordos acerca do objectivo, actividades e expectativas do grupo. É um período de questionamento) e a execução (é uma fase de maior estabilidade, com regras de funcionamento claramente definidas, o grupo sente-se mais confiante, o conflito entre os membros tem tendência a diminuir em termos de frequência).

É muito importante, para o profissional de ajuda, identificar a fase em que o grupo se encontra, uma vez que cada etapa da sua estruturação apresenta uma configuração com necessidades específicas que exigem formas de intervenção diferentes.

São vários os benefícios que se apontam a este tipo de intervenção em grupo. Rui Guerra e António Pinto Basto (AEIPS, 2008) salientam os ganhos psicológicos dos participantes. "Nessa actividade expomos os nossos problemas do dia a dia. Problemas de vária ordem que nos preocupam ao longo da vida, problemas que sozinhos, infelizmente, não conseguimos resolver a 100%.O que nos obriga a falar em áreas mais simples de discutir uns com os outros. O que nos obriga a resolver com grande stress, mesmo assim" (sic). Evidenciam ainda que existe um paralelismo entre

o número de pessoas que participam no grupo e o sucesso do mesmo, referindo que quanto menos pessoas são maior é a probabilidade de falarem mais e de maior interacção entre os presentes. De acordo com Pedro Domingues, (AEIPS, 2008) a importância destes grupos de Auto - Ajuda, reflecte-se no facto da ajuda ser dada sem remuneração, o que possibilita uma melhor reabilitação dos membros. Para melhorar a eficácia dos grupos têm de ser feitas pesquisas para melhorar os resultados desse trabalho.

Apresentam-se em seguida os registos das sessões do Grupo de Auto-Ajuda que se realizam no Núcleo da Liga dos Combatentes em Rio Maior. Este núcleo conseguiu, através de contactos com a Junta de Freguesia, disponibilizar uma sala para o efeito. As infra- estruturas são adequadas (amplas, ventiladas, simples, confortáveis, sem factores distratores), sendo que o único aspecto negativo é o acesso ser feito através de escadas e um dos participantes ter dificuldades de locomoção. As sessões têm a presença de dois técnicos do CAMPS de Lisboa (um psicólogo clínico e um assistente social), com uma frequência quinzenal.

Actualmente o CAMPS Lisboa tem em funcionamento os seguinte Grupos de Auto- Ajuda:

Localidade	População	Frequência
Sesimbra	Combatentes	Quinzenal
Sesimbra	Mulheres	Quinzenal
Entroncamento	Combatentes	Quinzenal
Abrantes	Combatentes	Quinzenal
Lisboa	Mulheres	Quinzenal
Lisboa	Combatentes	Quinzenal
Rio Maior	Combatentes	Quinzenal

Quadro 3 – Grupos de Auto-Ajuda assegurados pela equipa técnica psicossocial do CAMPS de Lisboa.

Todos os Grupos de Auto-Ajuda, dentro e fora de Lisboa são acompanhados pela equipa técnica do CAMPS de Lisboa.

A dinâmica em qualquer dos grupos tem sido criada com bastante facilidade e o feedback muito positivo por parte de todos os intervenientes.

Guião de Apoio à família Combatente

Nos GAA de mulheres dos combatentes é frequente a distribuição de um Guião de Apoio à Família Combatente (Anexo 8) com algumas sugestões que ajudam a conhecer e a saber lidar melhor com uma pessoa com sintomas de PTSD. Este guião foi elaborado pela equipa do CEAMPS com base em modelos que têm sido divulgados sobretudo nos Estados Unidos da América aquando do regresso dos soldados do Afeganistão e Iraque.

Orientação de estágio de aluno finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Lusófona de Lisboa

No âmbito do protocolo estabelecido entre o CEAMPS da Liga dos Combatentes e o Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Lisboa, foi proposta a realização de um estágio curricular do quinto ano da licenciatura de Psicologia.

A orientação foi realizada conjuntamente com o coordenador do CEAMPS, em que se estabeleceram oito aspectos principais para o Programa de Estágio:

- A primeira refere-se à integração na instituição ou seja conhecer as instalações e áreas de trabalho, aprofundar conhecimento face ao funcionamento da Direcção Central da Liga dos Combatentes, compreender e identificar o projecto/ Programa Cuidados de Saúde/ PTSD 2009-2012 e a forma como está a ser implementado, conhecer os técnicos do CEAMPS e integração na equipa de trabalho. Esta fase deu início com um debate de expectativas entre o estagiário e os técnicos do CEAMPS sob o tema: “ O que espero do estágio e o que esperam de mim”.

- A segunda etapa é a adaptação aos procedimentos e funcionamento do Centro de Estudos e Projectos de Investigação. Isto refere-se ao conhecimento das parcerias existentes (instituições de ensino superior), à integração nos diversos estudos a decorrer e outros a desenvolver, conhecer os objectivos e as hipóteses propostas em cada um deles, metodologias aplicadas e conhecimento de testes aplicados.

- Na terceira etapa pretende-se promover a adaptação ao processo de funcionamento do CAMPS, ou seja conhecimento geral da população combatente, modelos de intervenção utilizados, observação de consultas de triagem e

acompanhamento, conhecimento e contacto com a técnica de entrevista clínica (semi-estruturada).

- A quarta etapa consiste na realização de avaliação e acompanhamento psicológico ou seja acompanhamento supervisionado de pacientes em modelo de psicoterapia de apoio e contacto com testes psicológicos (exploração, observação e aplicação prática), participação em reuniões clínicas de exposição e discussão de casos e participação em reuniões de coordenação.

- A quinta etapa é a integração na equipa de voluntariado do Centro de Apoio à Inclusão Social tendo oportunidade de contactar com a realidade dos Sem-Abrigo.

- A sexta etapa refere-se ao serviço de apoio domiciliário, integrando uma ou duas visitas domiciliárias com a equipa de acompanhamento psicossocial.

- Na sétima etapa pretende-se a criação de um programa de promoção de competências por parte do estagiário, que vise ser posto em prática num grupo de auto-ajuda de mulheres de combatentes.

- A oitava e última etapa consiste na elaboração de um trabalho de pesquisa sobre temáticas relacionadas com o Stress Pós-Traumático tendo como temas possíveis a prevalência de suicídio, violência doméstica, alcoolismo, memórias traumáticas, sonhos intrusivos, perturbações de sono, fobias, perturbações de pânico e hipervigilância, de entre os quais o estagiário optou pelo temas das Perturbações de Sono.

A orientação do estágio em Psicologia no CAMPS da Liga dos Combatentes implica a gestão da assiduidade e frequência de presenças de forma a serem cumpridos os tempos mínimos estabelecidos pela Universidade para o estágio; promover a integração à instituição e ao serviço em geral; dar conhecimento dos procedimentos habituais, horários, entre outros; proporcionar oportunidades de potenciar competências técnicas na área da avaliação, intervenção e investigação; dar o feedback da sua intervenção e evolução enquanto técnico; esclarecer dúvidas entre outros.

Avaliações psicológicas

As avaliações psicológicas realizadas no CAMPS Lisboa têm sobretudo duas finalidades, por um lado a integração das avaliações em processos de Modelo 2 para efeitos de qualificação como Deficiente das Forças Armadas (DFA) ou para a realização de relatórios que visam a obtenção de reforma antecipada ou por invalidez (a mais frequente).

A variedade de Testes Psicológicos disponíveis no CAMPS – Lisboa é bastante diversificada, sendo as mais utilizadas as que se encontram indicadas pelo Ministério da Defesa Nacional:

- PCL – M
- SCL -90 – R
- MMPII
- MPR
- Rorschach
- TAT
- BDI
- WAIS
- EMW
- TP
- STAI
- MCMII-II
- IES

Para além destas provas serão também descritas as provas psicológicas que constituem a bateria de testes aplicadas nos Projectos de Investigação levados a cabo pelo CEPI: Escala de Valores Nunes, O – Versão Reduzida; E.T.C. – Versão Reduzida e S.E.R.T.H.U.A.L – Versão Reduzida.

Descrição das Provas Psicológicas

O TAT (Thematic Apperception Test), partilha a fama e as críticas fervorosas com o teste Rorschach (Lilienfield et al, 2001) foi desenvolvido por Henry Morray e pela sua aluna Christiana Morgan, com o principal objectivo de aceder a reacções a estímulos interpessoais ambíguos (Lilienfield et tal., 2000) através da criação de uma história com base nas imagens apresentadas ao sujeito que, a posteriori, são analisadas por tema e reportório de imagens (Anderson, Song,)

O Thematic Apperception Test é formado por 31 cartões, quase todos com imagens de natureza social, incluindo um totalmente em branco, ao sujeito é pedido que crie uma história com base nas imagens apresentadas, tendo em conta aspectos como, o que levou à situação apresentada, qual é a situação, o que vai acontecer no futuro, quais são os sentimentos e o que estão a pensar as personagens apresentadas na imagem, Morray adiantou ainda que o avaliado se identifica com a personagem principal e é através dele que desenvolve a história (Lilienfield et tal., 2000)

O instrumento projectivo rapidamente se multiplicou em variações mais específicas, como é o caso do Children's Apperception Test, (Lilienfield et al, 2001) Robert's Apperception Test for Children, direccionados para crianças, o Adolescent Apperception Cards e o Senior Apperception Test (Lilienfield et tal., 2000). Apesar das suas múltiplas aplicabilidades, por exemplo no campo do Marketing (Boddy, 2005), direccionados para diferentes faixas etárias, dos vários tipos de baterias de interpretação desenvolvidos, o TAT, apresenta muitos deficits a nível da validade. Por um lado, porque a maioria dos clínicos não segue uma linha interpretativa comum, sustentado muitas vezes as suas interpretações com a sua intuição clínica, e, por outro lado, o individuo também pode contribuir para dificultar a validade da aplicação, ora através do efeito "Walter Mitty", fantasiando sobre determinada característica que não possui ou através do efeito inibitório, reprimindo determinada característica (Lilienfield et tal., 2000)

Uma das correlações feitas com o TAT, tendo em vista o aumento de validade, foi o crescente uso da análise de conteúdos, ou seja, o exame detalhado a textos,

discursos, poemas, peças de teatro, procurando temas associados com construtos psicológicos (Anderson, Song,)

Em contraste com o Rorschach e o TAT, o DAT (Draw-a-Person Test), assume uma posição mais prática, pedindo ao avaliado que desenhe uma pessoa, uma casa ou uma árvore (Lilienfield et tal., 2000) que posteriormente, serão interpretados pelo avaliador, que tenta estabelecer relações entre facetas da personalidade ou desordens

da personalidade e sinais específicos do esquisso do avaliado, pode, por exemplo relacionar olhos grandes com paranóia ou traços da face não desenhados com a depressão (Lilienfield et al, 2001)

Este último aspecto que recai sobre aspectos da interpretação do DAT, é alvo de grande polémica, na medida em que esta ligação entre características do desenho e traços da personalidade não é consistente e por vezes pode levar a interpretações erróneas apenas pela falta de capacidades artísticas (Lilienfield et al, 2001)

Há registo de uma variedade de outras técnicas projectivas a juntar ao Rorschach, ao TAT e ao DAT, como a análise do tipo de letra, que interpreta sinais na escrita do indivíduo para aceder a características da sua personalidade, o Teste da Cor de Lücher, onde indivíduos ordenam blocos de cor por onde de preferência, revelando traços da sua personalidade ou o Estudo de Rosenzweig, onde o sujeito decide o que responder com base na imagem que está a ver, onde a uma personagem faz um comentário provocador à outra. Apesar de estas e muitas mais técnicas, grosso modo, medirem o que realmente se propõem a medir, raramente adicionam mais informação sobre o paciente (Lilienfield et al, 2001)

No que toca à minha experiência pessoal, foi durante o estágio que tive um contacto mais próximo com este tipo de testes projectivos. Tem sido uma experiência bastante gratificante, pois pude aprender a reconhecer uma maior fidelidade no que respeita aos resultados obtidos e na forma estruturada como podem ser cotados. São testes que permitem aceder a material psíquico que de outra forma seria bastante mais difícil.

- ***Rocharch (RCH)***

Herman Rorschach criou esta prova em 1920, não podendo ser encarada como uma técnica de estudo da imaginação, mas sim como uma hipótese de estabelecer um diagnóstico psicológico da personalidade, quer normal quer patológica.

Assim, o teste projectivo de RCH destina-se à investigação da estrutura básica de personalidade (traços ou estilos de personalidade). Este teste favorece uma maior compreensão do comportamento humano, mediante o conhecimento dos mecanismos perceptuais nele implicados, através dos quais o indivíduo projecta o seu modo de perceber a realidade, a partir das suas vivências mais profundas, dos seus recursos de adaptação e da sua organização psicossocial. Partindo da concepção holística da personalidade,

definida em termos de unidade e integração, o RCH visa a compreensão do conjunto dinâmico da personalidade, sendo o objectivo da sua administração obter uma amostra do comportamento do sujeito numa situação-estímulo relativamente padronizada, mas ambígua, não estruturada e completamente nova para o sujeito, o que lhe permite projectar-se (bem como às suas problemáticas).

O material do teste compreende dez cartões com manchas de tinta, cinco das quais são acromáticas (pretas e cinza) e as restantes cromáticas (duas em vermelho e preto e três policromáticas em cores pastel). Em geral, as manchas são escassamente estruturadas embora simétricas relativamente ao eixo médio vertical.

A administração é individual e o tempo variável.

Os cartões são apresentados um a um ao examinado, pela respectiva ordem, dispondo o examinador de uma folha de registo adequada para respostas do sujeito. A instrução consiste em pedir ao sujeito que diga tudo aquilo em que o cartão o faz pensar e o que pode imaginar a partir dele ("O que é que isto poderia ser para si?"), esclarecendo, se necessário, que não há tempo limite e que não existem respostas certas ou erradas. Como tal, ao recebê-las, o indivíduo deve pronunciar-se sobre aquilo que a mancha poderia representar, numa associação livre de ideias, ou seja, manifestar a sua opinião relativamente à pergunta genérica que o entrevistador lhe coloca. As próprias instruções reenviam do perceptivo para o imaginário, pelo que ocorrem, durante a prova, interacções entre a actividade perceptiva e a actividade fantasmática. Por sua vez, o técnico deve registar todas as verbalizações do sujeito, os tempos de resposta, os comentários, os comportamentos e as manipulações da prancha feitas pelo sujeito. Em seguida, procede-se ao inquérito, pedindo ao sujeito que explique como, onde e porque viu determinados conteúdos. Finaliza-se com a prova complementar de escolhas, em que se pede ao sujeito que escolha os dois cartões que mais gostou e os dois de que menos gostou, justificando.

Cada resposta do sujeito é classificada quanto à localização (parte da mancha à qual o indivíduo associa a resposta), determinantes (que incluem forma, cor, esbatimento e movimento), conteúdos (onde se destacam os conteúdos animais e humanos) e originalidade versus banalidades.

Classificadas as respostas a todos estes níveis são calculadas as frequências e feitos vários cálculos para determinação dos índices. Tudo isto permite a construção do Psicograma, que por sua vez possibilita uma interpretação do protocolo em termos quantitativos. Estes aspectos quantitativos vão ser a base da análise qualitativa, que

engloba as várias áreas de funcionamento do sujeito - actividade intelectual, nível de socialização e dinâmica afectiva -e permite aceder à dinâmica total da personalidade

- **WAIS- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos)**

Esta escala é utilizada no contexto de Psicologia Clínica como instrumento de psicodiagnóstico para adultos de ambos os sexos dos 16 aos 75 anos. Permite medir a capacidade intelectual Global, a par de um resultado Verbal e de Realização. Os resultados obtidos pelo sujeito fornecem-nos informações quantitativas (o QI), bem como informações qualitativas (muito importantes para a compreensão dos factores que influenciam as suas aptidões intelectuais). O tempo de administração da escala varia entre 60 e 90 minutos, sendo esta aplicada individualmente.

Esta escala é constituída por 11 sub-testes: 6 para a Escala Verbal (Informação, Compreensão, Aritmética, Semelhanças, Memória de Dígitos e Vocabulário) e 5 para a Escala de Realização (Código, Completamento de Gravuras, Cubos, Disposição de Gravuras e Composição de Objectos). Estas podem ser administradas separadamente ou intercaladas, dando-nos, respectivamente, um QI Verbal, um QI de Realização e um QI Total.

Resta acrescentar que esta escala nos permite ainda avaliar o índice Geral de Perturbação Emocional, o Perfil Potencial de Esquizofrenia e o Quociente de Deterioração.

- **MPR- Matrizes Progressivas de Raven 38**

Este teste é considerado como a melhor medida singular do factor geral da inteligência (factor G) - factor comum e constante em todas as funções cognitivas. Portanto, o teste avalia a "capacidade dedutiva", isto é, o aspecto lógico não verbal da inteligência.

Trata-se de um conjunto de escalas não verbais destinadas a avaliar a aptidão dos sujeitos para aprender relações entre figuras e desenhos geométricos e perceber a estrutura do desenho, visando seleccionar a parte apropriada (entre várias) que completa cada padrão ou sistema de relações.

Existem três formas das Matrizes Progressivas de Raven 38 (colorida, geral, avançada), o que permite a aplicação do teste a um vasto número de sujeitos (dos 6 aos 65 anos).

Relativamente à interpretação, é mais indicado considerar a pontuação total em função da frequência com que uma pontuação semelhante se encontra na população com a mesma idade.

É necessário o recurso a uma tabela para efectuar a transformação dos valores em percentis e assim podermos proceder a uma classificação do sujeito:

- I - Inteligência Brilhante: quando a pontuação se encontra acima do percentil 95 (Q.I.=130)

- H - Inteligência Superior: quando a pontuação se encontra entre os percentis 85 e 95 ($120 < Q.I. < 130$)

- HI - Inteligência Normal Superior: quando a pontuação se encontra entre os percentis 65 e 85 ($110 < Q.I. < 120$)

- IV - Inteligência Normal Corrente: quando a pontuação se encontra entre os percentis 35 e 65 ($90 < Q.I. < 110$)

- V - Inteligência Normal Reduzida: quando a pontuação se encontra entre os percentis 15 e 35 ($80 < Q.I. < 90$)

- VI - Zona Fronteiriça: quando a pontuação se encontra entre os percentis 5 e 15 ($70 < Q.I. < 80$)

- VII - Debilidade Mental Ligeira: quando a pontuação se encontra entre os percentis 0 e 5 ($60 < Q.I. < 69$)

Este teste não avalia a inteligência verbal, sendo que uma avaliação mais precisa de aptidão intelectual deve incluir testes verbais. Assim, as Matrizes Progressivas são valiosas como complemento de outros testes (WAIS, WISC...)

- **EMW- Escala de Memória de Wechsler**

Este instrumento usa a noção de Quociente Mnésico, na mesma perspectiva do Quociente Intelectual. Esta escala tem a vantagem de ser rápida e simples de administrar, bem como de possuir uma aferição bastante satisfatória. Como tal, permite aos psicólogos uma avaliação rápida e sensível da "memória" dos sujeitos. Graças a este instrumento, aplicado conjuntamente com a WAIS, é possível precisar a discordância entre os resultados obtidos nos testes de memória e de inteligência, ou seja, é possível calcular o valor de deterioração mnésica.

Esta escala é composta por 7 testes:

- Teste I - Informação Pessoal e Geral: composto por 6 questões simples, não discriminando bem os sujeitos normais dos restantes.

- Teste II - Orientação Imediata: consiste em 5 questões simples e, tal como o teste I, pouco contribui para a discriminação de sujeitos.

- Teste III - Controle Mental: composto por 3 itens (contar inversamente de 20 a 1, recitar o alfabeto e contar de 3 em 3 até 40)

- Teste IV - Memória Lógica: composto por 2 pequenas histórias que lemos ao sujeito e que ele deve memorizar. A nota do sujeito é igual ao número médio de ideias correctamente recordadas para os 2 textos. Este teste tem por finalidade medir a memória imediata visto que se trata de um material lógico.

- Teste V - Memória de Dígitos: o sujeito deve repetir séries de dígitos, primeiro pela mesma ordem e depois inversamente. As séries são as mesmas que encontramos na WAIS.

- Teste VI - Reprodução Visual: o sujeito deve traçar de memória figuras geométricas simples que lhe são mostradas durante 10 segundos.

- Teste VII - Pares de Palavras (Aprendizagem Associativa): composto por 10 pares de palavras. Para certos pares a associação entre as palavras é fácil, para outros é difícil. Pede-se ao sujeito que aprenda a associar essas palavras em 3 ensaios/apresentações.

Resumindo, o objectivo fundamental do teste é distinguir a população normal dos sujeitos que apresentam insuficiências de memória.

- **TP- Toulouse-Piéron**

Este teste tem por finalidade averiguar a atenção voluntária permanente (capacidade de concentração), o poder de realização e a resistência à fadiga (curva de trabalho).

Neste teste, a atenção voluntária depende quase exclusivamente de factores internos, pelo que o teste parece atender pouco ao aspecto afectivo e à estimulação externa.

O teste consta de 40 linhas com 40 figuras cada uma. Cada figura consta de um pequeno quadrado e de um pequeno traço na parte exterior, distinguindo-se umas das outras pela orientação desse traço (uma das oito direcções da Rosa dos Ventos). Existem, portanto, 8 tipos de quadrados e cada linha tem cinco de cada tipo.

O teste consiste em riscar, o mais rápido possível, todos os sinais que sejam iguais a qualquer um dos três maiores que se encontram no cimo da folha. A aplicação pode ser colectiva ou individual, demorando 10 minutos (controlados de minuto a minuto). A correcção do teste consiste em contar os acertos (A), os erros (E) e as omissões (O), para cada minuto e depois para o total dos 10 minutos.

O TP permite fazer uma classificação quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa tem por base a análise do poder de realização, da capacidade de concentração e da resistência à fadiga. Se o sujeito corresponde a estas três exigências, a sua distracção não deve ser atribuída a causas neuróticas, podendo ser interpretada como sinal de que o indivíduo tem problemas passageiros que não pode resolver e que o preocupam. Se o sujeito não corresponde a estas exigências, faz-se a interpretação qualitativa.

Testes de Avaliação da Personalidade e Psicopatologia

- **SCL-90-R- Symptom Check List**

A SCL-90-R é um inventário de sintomas que possui a forma de um questionário com 90 itens. Cada um dos 90 itens é cotado numa escala de 5 pontos (0-4), desde o "nunca" até ao "extremamente". Os 90 itens são cotados e interpretados em termos de 9 dimensões primárias de sintomas (Somatização, Obsessivo-Compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e 3 índices globais de angústia (índice Geral de Sintomas, número de Sintomas Positivos e índice de Sintomas Positivos). A função de cada um destes índices é a de comunicar numa simples nota o nível ou profundidade da psicopatologia do indivíduo.

A SCL-90-R pode ser interpretada em termos de 3 níveis distintos de informação: global, dimensional e sintoma discreto. Estes 3 níveis devem ser primeiro avaliados separadamente e depois integrados num quadro clínico global do paciente.

Uma das principais vantagens da SCL-90-R está associada com o facto de fornecer um perfil sintomático multidimensional (apesar de demorar apenas 12 a 15 minutos a completar). De facto, esta escala pode ser extremamente útil uma vez que fornece perfis de diagnóstico (Síndrome Depressivo Major, Síndrome Agorafóbica, Síndrome de Ansiedade Generalizada, Desordem Esquizofrénica, Disfunção Sexual Feminina, Síndrome de Anorexia). Concluindo, a SCL-90-R é um questionário composto por 90 itens que avalia e faz um despiste de psicopatologia em 9 dimensões de sintomas primários e 3 índices globais.

- **MMPI - Mini-Mult**

Este inventário tem o objectivo de diagnosticar as tendências perturbadoras da personalidade. Destina-se a uma população de preferência com 6 anos de escolaridade e com idades a partir dos 16 anos.

É composto por quatro escalas de validade - "?", L, F e K - e por nove escalas clínicas - Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria), Pd (Desvio Psicopático), MF (Masculinidade/Feminilidade), Pa (Paranóia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia), Ma (Hipomania) e Si (Introversão Social). Há ainda as escalas AMT (Ansiedade Manifesta de Taylor), Es (Força de Coesão do Eu).

O teste é constituído por 566 afirmações, às quais o sujeito tem que responder de acordo com o que pensa acerca delas (verdadeiro ou falso).

O primeiro nível de interpretação consiste na informação que nos é dada através dos indicadores de validade, ou seja, a atitude do sujeito face ao teste e impressão que este quer transmitir.

O segundo nível de interpretação consiste em descrever e prever o comportamento do sujeito, com base na elevação das escalas e na relação entre elas.

No terceiro nível de interpretação são utilizadas informações dos dois níveis anteriores, integrando-os a partir de um esquema de referência teórico de reforma compreensiva.

O quarto nível de interpretação aborda os mecanismos de defesa (3, 4, 5, 6, 9) e as escalas de sintoma (1, 2, 7 e 8) que são indicadores de perturbação vivenciada.

- **BDI** – *Inventário de Depressão de Beck*

O BDI é um inventário que se destina a avaliar a existência ou não de depressão, bem como a severidade da mesma.

É constituído por 21 categorias de sintomas e atitudes com 4 ou 5 afirmações cada uma, reflectindo um grau crescente de severidade de depressão. A cada uma dessas afirmações corresponde um valor (0, 1, 2, 3), indicado junto das mesmas. O sujeito deve escolher apenas uma frase da cada categoria, ou seja, aquela que acha que se adequa melhor à sua situação.

Depois de preenchido todo o questionário, somam-se os pontos correspondentes às frases que o sujeito seleccionou, interpretando-se a soma total de acordo com a seguinte escala:

- 0 a 4: Depressão nula (provável negação da Depressão)
- 5 a 12: valor não significativo de Depressão
- 13 a 20: Depressão leve
- 21 a 25: Depressão moderada
- 26 a 36: Depressão severa.

Este teste tem, portanto, a vantagem de permitir uma avaliação rápida e objectiva da Depressão.

- **STAI** – *Inventário de Ansiedade Estado-Traço*

A STAI fornece medidas operacionais para a ansiedade estado e traço, verificando-se a evidência de validade concorrente, convergente, divergente e de construto.

Este teste é composto pela forma Y-1, que avalia a ansiedade estado, e pela forma Y-2, que avalia a ansiedade traço. A forma Y-1 é constituída por vinte afirmações que avaliam como o sujeito se sente no momento presente. A forma Y-2 é constituída por vinte afirmações que avaliam como o sujeito geralmente se sente.

O examinador deve referir-se à STAI como questionário de auto-avaliação e não como teste de medida de ansiedade.

Cada item é avaliado numa pontuação de 1 a 4. Uma classificação de 4 indica a presença de um alto nível de ansiedade. Para obter os resultados das escalas da

ansiedade estado e da ansiedade traço, somam-se os resultados dos vinte itens que formam cada escala, tendo em conta que alguns itens têm os resultados invertidos. Os resultados de ambas as escalas podem variar de um mínimo de vinte até um máximo de oitenta pontos. Considera-se que há uma elevação da ansiedade (estado ou traço) a partir de quarenta pontos.

- ***MCMII – Inventário Clínico Multiaxial de Millon***

O inventário clínico multiaxial de Millon, é um instrumento de auto-preenchimento que visa proceder a um diagnóstico que, à semelhança do DSM, procura cruzar várias dimensões psicológicas do sujeito, de forma a aceder ao seu funcionamento global.

É composto por 175 itens, perante os quais o sujeito se posiciona, assinalando verdadeiro ou falso, consoante aquela afirmação o descreve a si, ou ao seu comportamento. Estes itens organizam-se em 22 escalas clínicas que se encontram, por sua vez agrupadas, consoante a área de funcionamento mental a que se referem: traços de personalidade, perturbações severas da personalidade, síndromes psicológicas moderadamente severas (neuróticas) e psicopatologia severa.

A partir da conjugação dos elementos recolhidos, em cada uma das referidas categorias, é possível aceder a um perfil, determinante das tendências gerais, organização e sintomatologia manifesta.

De forma mais descritiva, as 22 escalas clínicas organizam-se da seguinte forma:

Padrão de Personalidade:

Corresponde ao eixo II, do DSM-III, e inclui os traços de personalidade, cuja prevalência (as três escalas com pontuações mais elevadas e/ou superiores a 75) permite estabelecer uma configuração, padrão ou perfil de personalidade. Inclui as seguintes escalas clínicas: 1 – Esquizóide; 2- Evitante; 3 - Dependente; 4 – Histriónico; 5 – Narcisista; 6A – Anti-social; 6B – Agressivo/Sádico; 7 – Compulsivo; 8A – Passivo/Agressivo e 8B – Negativista.

A partir das cerca de 336 combinações possíveis de traços salientes, obtém-se um perfil, formado por três dígitos, correspondentes ao número das três escalas mais pontuadas. Este é representativo de várias dimensões do padrão interpessoal, afectividade, estilo cognitivo e tendências comportamentais daquele sujeito.

Perturbações de Personalidade Severas

Corresponde ao eixo II, do DSM-III, e inclui a Perturbação de Personalidade Esquizotípica (S), Perturbação de Personalidade Borderline (C) e Perturbação de Personalidade Paranóide. Neste caso, os traços não se referem apenas a tendências personalísticas, mas a configurações patológicas estruturais, com um carácter mais ou menos crónico e incapacitante. Podem incluir o comprometimento das competências sociais do indivíduo, ou ter associados esporádicos episódios psicóticos, em sujeitos extremamente vulneráveis à frustração e/ou descompensados.

Síndromas Psicopatológicos Moderadamente Severos

Contrariamente às perturbações de personalidade (Eixo II), que se caracterizam por organizações da estrutura básica da personalidade, os síndromas clínicos, correspondentes ao eixo I, caracterizam-se por um acentuar, ou uma distorção, dos padrões básicos da personalidade. Estas alterações tendem a ser estados relativamente breves, ou transitórios, aumentando e diminuindo no tempo e em função de factores exógenos.

Somente dentro do contexto do perfil de personalidade pode, a psicopatologia, ser analisada; embora a mesma variedade de sintomas possa ser originária em diferentes configurações e tendências. A maior parte dos síndromas clínicos, descritos nesta secção, correspondem às entidades psicopatológicas, tradicionalmente consideradas como neuróticas. São frequentemente estados reactivos e, portanto de menor duração que as perturbações de personalidade; no entanto, os sintomas do processo patológico vão frequentemente exacerbar determinados aspectos já disfuncionais da personalidade pré-mórbida.

Esta secção inclui as escalas correspondentes ao Distúrbio de Ansiedade (A); Perturbação Somatoforme, Perturbação Histórica (H), Hipomania (N), Neurose Depressiva, ou Distímia (D), Abuso de Álcool (B) e Abuso de Drogas (T).

Psicopatologia Severa.

Também no âmbito do eixo I, do DSM-III, inclui as escalas de Pensamento Psicótico (SS), Depressão Major (CC), Transtorno Delirante (PP), correspondentes a perturbações extremamente severas do pensamento, afectos e comportamento, com um carácter crónico e incapacitante. Cada escala deve ser abordada individualmente, para averiguar a natureza particular da perturbação, sendo comuns constelações complexas de psicopatologia. Esta informação deve, então, ser analisada com base no perfil/perturbação da personalidade anteriormente aferido.

Uma vez especificados os padrões e/ou perturbação de personalidade e o tipo/grau da síndrome clínica, procede-se à sua integração, através de uma síntese interpretativa, à luz de todos os elementos. Deste modo, através da rede complexa de traços de personalidade e de sintomas clínicos, e suas interacções, é possível uma aproximação, mais fidedigna, do sujeito psicológico, do que se apenas uma dessas categorias fosse contemplada.

O MCMI – II possui ainda três escalas de validade, são elas:

Escala X - Nível de Revelação - avalia até que ponto o sujeito foi franco e revelador nas suas respostas ou, pelo contrário, reticente e reservado.

Escala Y - Padrão de Desejabilidade - permite identificar até que ponto os resultados foram influenciados pelo desejo do parecer socialmente atractivo, moralmente virtuoso e/ou emocionalmente equilibrado. Quanto mais elevado o resultado maior foi a preocupação em esconder as dificuldades psicológicas ou interpessoais.

Escala Z - Medida de Humilhação - Reflecte tendências opostas às expressas pela Escala Y, embora por vezes ambas as escalas apresentem elevações, em particular, em pacientes que são invulgarmente reveladores (Escala X). Remete para um sujeito com tendência para se desvalorizar, ou depreciar a si próprio, expressando

dificuldades emocionais e interpessoais, mais proeminentes que aquelas descobertas após uma revisão objectiva.

As provas aplicadas no trabalho desenvolvido relativamente à *Influência da Oxigenoterapia Hiperbárica nas funções neuropsicológicas de intoxicados com monóxido de carbono*, foram as seguintes:

- Toulouse Pierón (Anexo XVIII)
- Escala C10 de memória de Luria
- Séries de Luria (Anexo XX)
- Escala de Depressão Geriátrica (Anexo XXI)

- **EDG-15- Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida**

A Escala de Depressão Geriátrica foi utilizada com o objectivo de avaliar níveis de sintomatologia depressiva, uma vez que a depressão, e de uma forma mais global, os distúrbios de humor, apresentam-se em grande co-morbilidade com diversas patologias neurológicas.

A Escala Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreio de depressão em idosos.

Diversos estudos mostraram que esta escala oferece medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al (1983; cit. por Paradela, Lourenço, & Veras 2005), a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreio dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. É composta por perguntas fáceis de serem entendidas; tem pouca variabilidade nas possibilidades de respostas e pode ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

Neste estudo utiliza-se a EDG com 15 itens (EDG-15) que é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh & Yesavage¹⁵ (1986; cit. por Paradela, Lourenço, & Veras 2005), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreio dos transtornos do humor em ambulatorios gerais, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor.

Normas de Aplicação

1. Pede-se à pessoa que escolha a resposta (sim ou não) que melhor define como se tem sentido na última semana
2. A resposta deve ser assinalada com um círculo

Escala de Intrusão e Evitamento (IES)

Autor: *Horowitz, Wilner & Alvarez (1979)*

Nome Original: Impact of Event Scale

Esta escala foi então construída pois os autores acreditavam que a investigação da resposta humana ao *stress* requer uma avaliação tanto dos acontecimentos de vida como do seu impacto subjectivo. Desta forma, o que seria necessário, seria a elaboração de um instrumento que seja capaz de mensurar o grau actual do impacto subjectivo experimentado pelo sujeito como resultado de um acontecimento específico (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Neste sentido, McGuire (1990) referido por Hutchings & Devilly (2006), defende que este instrumento foi desenhado de forma a reflectir a intensidade do fenómeno pós-traumático.

Horowitz, Wilner & Alvarez (1979) criaram, então, este instrumento como forma de medir o stress subjectivo actual resultante de um acontecimento específico, sendo que pressupõem que as respostas ao acontecimento traumático se podem agrupar em dois grupos: os fenómenos intrusivos e os fenómenos de evitamento. Segundo os autores, *“a intrusão é caracterizada por pensamentos e imagens indesejadas, sonhos perturbadores, irrupção massiva de sentimentos e comportamentos repetitivos. As respostas de evitamento incluem a supressão de pensamentos, negação dos significados e consequências do evento, embotamento afectivo, inibição do comportamento e actividade contrafóbica”* (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979, p. 210).

Sundin & Horowitz (2002) referem ainda que tendencialmente, os fenómenos de intrusão e evitamento são alternantes no mesmo período de tempo. Desta forma, o comportamento evitante resulta muitas vezes de um controlo inconsciente que funciona em prol da restauração do equilíbrio emocional, impedindo dessa forma, a irrupção massiva de emoções e a consequente desorganização, no entanto, estes

esforços defensivos tendem a ser quebrados devido à presença dos fenómenos intrusivos.

A IES é uma escala de auto-preenchimento, constituída por 15 itens, sendo que pode ser utilizada para mensurações múltiplas num período de tempo (Corcoran & Fischer, 1994 cit. Hutchings & Devilly, 2006). Dos 15 itens apresentados na escala, 7 referem-se a fenómenos de intrusão (como pensamentos intrusivos, pesadelos ou sentimentos indesejados) e os restantes 8 itens referem-se a fenómenos de evitamento (como evitamento de sentimentos, ideias ou situações ou embotamento afectivo). Nesta escala, todos os itens estão relacionados com um *stressor* específico (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979).

Os itens referentes a ambos fenómenos (intrusão e evitamento) encontra-se organizados de forma aleatória. Os itens deverão ser cotados em função da frequência de ocorrência dos fenómenos descritos em função de 4 critérios (Nunca, Raramente, Algumas Vezes e Muitas Vezes, sendo que na cotação estes deverão ser cotados respectivamente com 0, 1, 3 e 5 pontos). O sujeito deverá responder em função do que sentiu nos últimos 7 dias. A pontuação da sub-escala referente aos fenómenos de intrusão é obtida através dos itens 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14, e a pontuação total poderá variar entre os 0 e os 35 pontos. A pontuação da sub-escala referente aos fenómenos de evitamento é obtida através dos itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15, e a pontuação total poderá variar entre os 0 e os 40 pontos. A soma das pontuações totais destas duas sub-escalas corresponderá ao total da escala. As pontuações do total da escala deverão ser interpretadas a partir dos seguintes valores:

1. 0 a 8 pontos – ausência dos fenómenos (grupo subclínico);
2. 9 a 25 pontos – impacto mínimo;
3. 26 a 43 pontos – impacto moderado;
4. 44 a 75 pontos – impacto severo.

Relativamente às suas qualidades psicométricas, a IES apresenta uma consistência interna que varia entre 0.79 e 0.92, com uma média de 0.86 para a sub-escala referente aos fenómenos intrusivos e 0.90 para a sub-escala referente aos fenómenos de evitamento. Horowitz, Wilner & Alvarez (1979) referem ainda que a IES apresenta valores do Coeficiente de Alfa de 0.78 para a sub-escala da intrusão e 0.82 para a sub-escala de evitamento, com uma correlação de 0.42 ($p > 0.0002$), o que indica que, de facto, as sub-escalas se encontram relacionadas apesar de medirem dimensões distintas.

Um estudo posterior, realizado por Sundin & Horowitz (2002) revelou que a consistência interna da sub-escala de intrusão variava entre 0.72 e 0.92 com um Coeficiente de Alfa igual a 0.86 e a sub-escala de evitamento apresentava uma consistência interna que variava entre 0.65 e 0.90 com um Coeficiente de Alfa igual a 0.82. Segundo estes autores, as sub-escalas da IES apresentam-se como consistentes, o que indica que cada uma delas mede um constructo homogéneo.

Deve ser feita ainda uma ressalva para o seguinte ponto: apesar de se considerar que a IES é um instrumento válido para a mensuração de sintomas da PTSD, esta deve ser utilizada apenas para esse fim e não para a mensuração da PTSD propriamente dita, sendo um dos motivos, o facto de que esta apenas mede os sintomas de intrusão e evitamento, não tendo em conta os fenómenos de hiperactivação (ver capítulo anterior, Power & Dalgleish, 1997) incluídos nos critérios da DSM-IV (Sundin & Horowitz, 2002).

Modelo 1 e 2 para efeitos de DFA

Muitos dos pacientes que recorrem aos serviços prestados pelo CAMPS tentam ver o seu sofrimento e empenho durante a guerra recompensados, mesmo que simbolicamente, através do seu reconhecimento como Deficientes das Forças Armadas (DFA).

Este estatuto é atribuído a quem manifeste alterações psicológicas relacionadas com PTSD que foram potenciadas, agravadas ou adquiridas em campanha durante o seu serviço militar.

Para tal, o paciente deve, integrado na Rede Nacional de Apoio criada para o efeito, de através do seu médico de família proceder ao preenchimento do Modelo 1 (Anexo 4). Este Modelo 1 servirá para a marcação de uma nova consulta na especialidade de Psiquiatria para o preenchimento do Modelo 2.

O que se tem verificado, em termos nacionais, é que são várias as dificuldades com que utentes se deparam para conseguirem o preenchimento do Modelo 2 nos mais variados Hospitais e Centros de Saúde. São diversos os factores que têm sido apontados: desconhecimento do Modelo 2, falta de recursos humanos para o seu preenchimento, falta de tempo para o preenchimento, discordância do psiquiatra em reconhecer o PTSD como psicopatologia, entre outros. Nestes casos, tal como quando a marcação da consulta de Psiquiatria ultrapassar os 60 dias, o preenchimento do Modelo 2 poderá passar para a responsabilidade do CEAMPS da Liga dos Combatentes ou outras instituições de Apoio aos Ex-combatentes do Ultramar, na presença de uma declaração que ateste os motivos para a impossibilidade de preenchimento do Modelo 2.

A presente bateria de testes tem por finalidade demonstrar a presença do chamado “stress de guerra” ou seja, Perturbação de Stress Pós-Traumático que se confirme ter sido contraído ou agravado durante a sua presença em cenário de guerra em zona 100% (zona de combate).

O caso prático AV1 que se segue, surge no seguimento do INT1 apresentado anteriormente. São três relatórios distintos que se apresentam: os dois primeiros têm por finalidade a integração do processo de Modelo 2 visando a possível obtenção da qualificação como Deficiente das Forças Armadas (DFA).

O terceiro será facultado a uma Junta Médica para efeitos de reforma por invalidez.

Caso Prático AV1

Nome Paciente IR Idade 59
Posto/Classe/Profissão Cabo V REF NII _____
Pedido por Psiquiatria

RELATÓRIO

Em situação de entrevista apresenta um contacto adaptado e sintónico, mostrando disponibilidade para as tarefas propostas embora, algo deprimido devido à forma como sente a sua sintomatologia.

Da sua problemática actual salienta sintomas persistentes de ansiedade, que incluem perturbação do sono, pesadelos recorrentes relacionados com a situação de teatro de guerra, fortes dores de cabeça e tendência para o isolamento social.

Refere que os sintomas tiveram início quando foi evacuado para Bissau (como consequência do facto de ter sofrido um ferimento numa das missões) e que, a partir daí, houve um agravamento progressivo, pelo que estes persistem até hoje. Dá especial relevância ao facto de ter sofrido este acidente no decorrer de uma Comissão no Ultramar, do qual resultou um ferimento grave numa das pernas. Sente que as vivências dessa época o afectaram muito psicologicamente.

Relata alguns episódios do Ultramar e acrescenta que as comissões o afectaram bastante pois várias vezes era forçado a fazer coisas com as quais não concordava: "*por vezes eram verdadeiras atrocidades, era matar para não morrer*" (sic.).

O ambiente familiar está muito instável e algo deteriorado. Acha que a sua mulher e a filha o compreendem mas "*por vezes também me chamam maluco e dizem que preciso de ir ao médico*" (sic). Refere ainda que tem sentido algumas dificuldades ao nível da memória.

Da avaliação psicológica ressalta um desempenho cognitivo que em termos gerais se situa a um nível de inteligência normal corrente ($90 < Q.I. < 110$).

Nos mecanismos avaliados pelo *Impact of Events Scale (IES - R)* apresenta valores significativos em todas as escalas avaliadas: *Hiperactivação*, reacção fisiológica ao estímulo stressante, mecanismo no qual apresentou valores mais elevados, *Evitamento* e *Intrusão* de memórias/lembranças e pensamentos relativos à experiência de guerra.

Através do **Mini-Mult** apurou-se um perfil clínico válido, com elevações psicopatológicas nas escalas clínicas de Depressão, Histeria, Desvio Psicopático, Paranóia, Psicastenia e Esquizofrenia. Isto remete-nos para um funcionamento que se caracteriza por um estreitamento dos campos de interesse e falta de motivação em relação ao trabalho e à vida em geral; relações interpessoais superficiais, pautadas pela imaturidade e busca de perfeição e apoio; desajustamento social e comportamentos de actuação; preocupação com os motivos percebidos nas acções das outras pessoas; ansiedade, pensamento obsessivo, medos, auto-desvalorização e baixa-autoconfiança; presença de ideias e comportamentos bizarros e embotamento afectivo, assim como dificuldades nas interacções sociais, com conseqüente afastamento das mesmas.

A avaliação personalística, através da prova *Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*, revelou elevações psicopatológicas das escalas clínicas *Obsessão/Compulsão*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo*. Isto reenvia-nos para pensamentos, impulsos e acções persistentes, a que o sujeito não consegue resistir; sentimentos de inadequação pessoal; ansiedade manifesta; pensamentos e actos característicos do estado afectivo de cólera; pensamento marcadamente perturbado, com afecto desadequado; estilo de vida esquizóide, isolado e retraído e sintomas

de esquizofrenia. Nas escalas adicionais são de realçar o apetite aumentado, as dificuldades de sono (insónia inicial e terminal, sono agitado) e sentimentos de culpa.

Através da prova *State-Trait Anxiety Inventory* (**STAI**) apuraram-se valores significativos no que se refere à *Ansiedade como Traço de Personalidade* e à *Ansiedade Estado*, a qual regista valores mais elevados.

O *Inventário de Depressão de Beck* (**BDI**) revela um índice de depressão severa.

Ao nível da memória, avaliada com a *Échelle Clinique de Mémoire de Wechsler* (**EMW**), encontrou-se um quociente mnésico baixo (QM = 76), verificando-se um valor de deterioração mnésica muito significativo (DM= -24), dado que o mesmo resultado só acontece em 0,2% da população normativa.

Modelo 2

Exames complementares

(ver ponto 3.2 do Anexo 1)

IES-R: Apresentou valores elevados em todos os mecanismos avaliados por esta escala: *Evitamento*, situações/pensamentos geradores de stress; *Intrusão*, memórias/lembranças ligadas à experiência traumática; e, *Hiper-activação*, reacção fisiológica ao estímulo stressante.

BDI: Revelou um índice de depressão severa. Através de uma análise mais detalhada dos itens, constata-se que existe um pessimismo em relação ao futuro, sentimentos de falta de esperança e desgosto, apatia e falta de energia vital. Verificam-se também dificuldades na tomada decisão, perturbações no padrão do sono e perda de interesse pela vida sexual.

STAI: Revelou valores significativos tanto para a *Ansiedade Estado*, como para a *Ansiedade como Traço* de Personalidade, revelando a *Ansiedade Estado* valores mais elevados.

SCL-90-R: Verificam-se elevações psicopatológicas em todas as escalas clínicas; dentro destas salientam-se as escalas *Somatização*, *Depressão*, *Ansiedade* e *Ideação Paranóide*. O perfil obtido revela-nos um sujeito com bastante preocupação com o seu funcionamento corporal e mal-estar somático significativo; pensamentos desagradáveis, impulsos e acções persistentes a que o indivíduo não consegue resistir; sentimentos de inadequação pessoal, sintomas referentes a um síndrome depressivo (tristeza, desesperança, falta de energia vital e desmotivação); ansiedade manifesta através de inquietação e tensão emocional; as situações são evitadas, ou enfrentadas com mal-estar e embaraço. Observam-se sentimentos de inferioridade, solidão e tristeza. Nas escalas adicionais destaca-se, diminuição do apetite, perturbações do sono,

nomeadamente insónia tardia e por vezes insónia total e sentimentos de culpa.

Mini-Mult: Os dados recolhidos, remetem para um perfil clínico válido. Existem elevações psicopatológicas nas escalas *Hipocondria*, *Depressão*, *Histeria*, *Desvio Psicopático*, *Paranóia*, *Psicastenia* e *Esquizofrenia*. Os indivíduos com este padrão caracterizam-se pela presença de sintomas relacionados com a preocupação da saúde corporal, melancolia, inadaptação pessoal, falta de esperança, relações interpessoais superficiais e dificuldades em lidar com o stress; ressentimento, impulsividade, hostilidade, rigidez e suspeição. São igualmente escrupulosos e insuficientes no controlo da ansiedade; confusos, tensos e manifestam a presença de crenças e acções estranhas. Este é, em tudo, um quadro típico de uma perturbação de stress pós-traumático.

MPR: Apurou-se um baixo rendimento ao nível da inteligência geral, o que coloca o examinado numa zona de inteligência normal reduzida.

EMW: Apurou-se um quociente mnésico médio (QM=101). Com base nos resultados das Matrizes Progressivas de Raven não se verifica deterioração mnésica.

Relatório Clínico

O Sr. IR encontra-se a ser acompanhado em consultas de Psicologia e Psiquiatria, no Centro de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS - Lisboa) da Liga dos Combatentes, desde 16 de Outubro de 2008. Recorreu ao serviço por iniciativa própria, apresentando como queixa central o facto de se “*andar a sentir bastante mal. Com vontade de explodir*” (sic.) e considerar necessitar de acompanhamento psicológico urgente.

O Sr. IR teve uma infância marcada por acentuada carência alimentar e constantes trabalhos forçados, tendo sido frequentemente vítima de maus tratos e violência parental. Elemento de uma família numerosa, com um total de sete irmãos em que apenas dois não foram à guerra do Ultramar. Foi soldado do Exército Português, pertenceu ao pelotão de Morteiros 3032, com o NII: 022643/71, onde tinha a especialidade de apontador de morteiro 81. Foi destacado para a Guiné, tendo embarcado a 25 de Agosto de 1971 e regressado à “Metrópole” a 11 de Outubro de 1973.

Refere que esteve maioritariamente em zona operacional, tendo sido destacado para Nhacra, Chugué, Babadinca e quatro meses em Bissau. O Sr. IR denota em contexto de consulta uma ansiedade acentuada sempre que é abordada a temática da guerra e da sua vivência na Guiné. Apresenta agitação psicomotora, labilidade emocional, rubor facial, aumento do tom de voz e expressão verbal de forma mais determinada e autoritária, contrariamente à sua postura habitual em contexto de consulta. Acredita que a experiência de guerra é a principal causa para muitos dos problemas que teve ao longo da sua vida.

Tudo o que se relaciona com a guerra desperta-lhe interesse, mas simultaneamente é algo que tenta evitar (por exemplo: filmes ou notícias) pois sabe que depois acentua-se a dificuldade em adormecer, tem um sono bastante agitado e que esse mal-estar se prolonga durante os dias seguintes.

Refere que a sua vivência de guerra foi marcadamente difícil, tendo assistido a episódios que até hoje não consegue esquecer. Viu vários cadáveres de camaradas e da tropa rival, de onde salienta um episódio em que foi confrontado com um cenário com corpos carbonizados e um soldado com uma rajada no rosto.

Outra situação vivenciada, da qual se recorda recorrentemente prende-se com um camarada seu de quem era muito próximo, que devido “*aos traumas de guerra se passou da cabeça e matou dois camaradas da nossa tropa no hospital onde estava*” (sic). Actualmente o Sr. IR ainda o visita ocasionalmente, mas diz que lhe custa bastante vê-lo com problemas mentais e não ser capaz de o reconhecer.

Menciona que recorria frequentemente ao consumo excessivo de álcool “*como forma de esquecer aquilo tudo*” (sic). Em 1987 foi-lhe diagnosticado um tumor cerebral benigno, na zona occipital, ao qual foi operado, no Hospital de Santa Maria em Lisboa, com sucesso, tendo apenas de manter exames de rotina anuais. O Sr. Jaime associa o aparecimento desta doença a uma queda, durante a guerra, para dentro de uma vala de cimento, que servia de refúgio para os ataques, segundo o próprio, por se encontrar alcoolizado. Acrescenta que bateu com a parte da cabeça onde surgiu posteriormente o tumor e que imediatamente após essa queda esteve bastante tempo sem conseguir movimentar-se e também que desde aí ficou com frequentes e fortes dores de cabeça.

É frequentemente assaltado por imagens e pensamentos intrusivos que tenta contrariar, mas para os quais não consegue empreender estratégias funcionalmente adaptativas.

Apresenta perturbações de sono, caracterizadas fundamentalmente por insónias primárias, com acentuada dificuldade em adormecer e, sonhos frequentes e intensos relacionados com a experiência de guerra. Por várias vezes acorda durante a noite a gritar, com crises de choro prolongadas, taquicardia, sudorese e forte agitação psicomotora.

Durante a sua passagem pela Guiné refere que foram várias as vezes em que passou fome, sede e dificuldade de adaptação ao clima. Aquando do seu regresso, o Sr. IR considera “*que já vinha diferente*” (sic), sem tanta paciência, mais irritado e com pensamentos e sonhos recorrentes sobre a guerra. Contudo, só em 1998 é atendido na especialidade de Psiquiatria, decorrente de um internamento por tentativa de suicídio com passagem ao acto, quando na via pública deu um tiro no maxilar. Atribui este acto a um acumular de situações, tais como: a instabilidade laboral, os conflitos familiares, os problemas psíquicos do filho mais novo, instabilidade emocional, suporte social debilitado, considerando grande parte destes factores como decorrentes do conflito intrapsíquico experimentado de forma sistemática.

Manteve acompanhamento psiquiátrico no Hospital Miguel Bombarda durante cerca de seis anos e na Casa de Saúde Mental do Telhal durante aproximadamente um ano.

Há cerca de um ano foi operado à tiróide não estando a tomar medicação, e com necessidade de manter apenas, exames de rotina anuais.

O Sr. IR tem uma preocupação constante em relação ao filho mais novo, o qual após um divórcio litigioso tem sofrido alterações do foro psiquiátrico, estando medicado e que associado a um possível quadro clínico de ludopatia tem contraído dívidas que o Sr. Jaime tem tentado liquidar. Este factor funciona como agravante para

a perda progressiva da capacidade funcional deste, com prejuízo da sua condição económica e emocional.

Desde há cerca de um mês que tem revelado uma acentuação da ideação suicida, com planeamento da acção e pensamentos sistemáticos de concretização. Simultaneamente é evidente a intensificação da sintomatologia depressiva, pautada por falta de esperança no futuro, perda de interesse por tudo o que o rodeia, dificuldade de tomada de decisão, labilidade emocional, perda de apetite, cansaço, falta de iniciativa e sentimentos de auto-desvalorização.

O Sr. IR tem apresentado um agravamento da sintomatologia associada a um quadro clínico ansiogéneo – depressivo, que face à sua falta de tolerância à frustração e perda de controlo dos impulsos pode conduzir a uma nova tentativa de suicídio.

Pela análise de todos os factores descritos que têm contribuído para a manutenção e agravamento do quadro clínico manifestado pelo Sr. IR parece existir uma influência evidente que relaciona a vivência de guerra e o seu estado mental actual. Por fim, seria de todo benéfico que se reunissem esforços no sentido de este poder reunir condições, que de direito, lhe permitam regressar para a sua terra (Fajão), único local onde consegue efectivamente um ganho terapêutico significativo e alguma qualidade de vida.

Lisboa, 2009

A equipa técnica do CAMPS – Lisboa

Centro de Apoio à Inclusão Social

CAIS

O Centro de Apoio à Inclusão Social (CAIS) destina-se a apoiar combatentes e famílias de combatentes em situação de pobreza e em risco de exclusão social, e a grupos vulneráveis e excluídos socialmente (combatentes sem-abrigo, toxicodependentes e alcoólicos), promovendo caminhos para uma verdadeira inclusão social.

Segundo os programas estruturantes da Liga dos combatentes de 2009-2012 as actividades a desenvolver na área da Perturbação de Stress Pós – Traumático obriga a Liga e o conjunto dos seus Núcleos a constituir uma rede funcional de serviços de Apoio Médico, Psicológico e Social para dar respostas concretas aos ex-combatentes e suas famílias que se encontrem em situações de risco.

Combatentes Sem- Abrigo

O CEAMPS da Liga dos Combatentes celebrou protocolos com várias Instituições de Solidariedade Social, tais como a Comunidade Vida e Paz, Associação Social Exército de Salvação e Movimento ao Serviço da Vida.

Esta proximidade permitiu o contacto com uma realidade de dimensões muito para além do que seria esperado, através da identificação de muitos casos de sem-abrigo que foram combatentes.

Neste sentido têm sido realizadas algumas sessões de esclarecimento sobre esta problemática de forma a despertar para uma realidade, que como foi afirmado por muitas destas instituições, não era devidamente valorizada.

Foram já várias as oportunidades de chamar à atenção para esta realidade, ao mesmo tempo que também estas instituições passam a funcionar como pontos de sinalização de novos casos.

Regra geral, estes são sem-abrigo de longa duração, com problemas de alcoolismo associado e com forte ligação à vivência de guerra.

Actualmente, e apesar de já existirem mais casos sinalizados, aos quais ainda não conseguimos chegar por falta de recursos humanos e materiais, estão a ser continuamente acompanhados dezassete (17) casos. A maioria desses casos são da

região de Lisboa (14) e dois deles mais distantes, mas ainda pertencentes à zona do Vale do Tejo.

Um 18^a caso acabou por falecer pouco depois de ter começado a ser acompanhado pelas equipas de rua do CAMPS.

O acompanhamento destes combatentes é assegurado através das saídas da equipa de rua do CAMPS ou por deslocações dos próprios ao CAMPS Lisboa.

Também aqui os Núcleos desempenham um papel fundamental de proximidade, podendo explorar todo um conjunto de recursos e respostas mais adequadas à especificidade de cada caso.

A grande maioria destes casos apresenta condição de abuso excessivo de álcool associado.

Equipa de Rua

O CAIS optou pela formação de equipas de rua que possibilitem o acompanhamento continuado e no próprio local onde se encontram os combatentes que estão actualmente em situação sem – abrigo.

Como já foi explicado anteriormente, o conceito de sem-abrigo é bastante abrangente, pelo que o trabalho realizado por estas equipas de rua também se estende aos utentes que se encontram institucionalizados ou a viver em locais com condições precárias de habitabilidade.

Neste momento o CAIS dispõe de três equipas de rua. Cada equipa é constituída por dois técnicos (um psicólogo e um assistente social) e um voluntário que se distribuem de acordo com o quadro seguinte:

Equipa de Rua	Frequência	Saída
A	Semanal	Sexta-feira
B	Semanal	Sexta-feira
C	Semanal	Sexta-feira
A B C	Mensal	Quarta - feira

Quadro 2 – Equipas de rua do CAIS e frequência e dias das respectivas saídas.

As saídas semanais são de sentido de prestar um acompanhamento continuado a casos que já se encontrem identificados e a ser seguidos pelo CAIS.

As saídas mensais que decorrem durante a noite têm a finalidade de identificação de novos casos ou de estabelecimento de relações de confiança com combatentes em situação sem-abrigo que tenham sido recentemente sinalizados.

Nestas saídas há a possibilidade de integração das equipas de rua de outras instituições. É uma forma de conhecer os diferentes modos de intervenção de diversas instituições, ao mesmo tempo que há um aproveitamento da relação já previamente existente entre o utente e os técnicos da instituição para facilitar a abordagem por parte dos técnicos do CAIS da Liga dos Combatentes.

O que se tem verificado é que efectivamente existem bastantes combatentes em situação de sem-abrigo, pelo que o CAIS está a fazer, conjuntamente com a ajuda das outras instituições, um levantamento da quantidade de pessoas que se encontra nesta situação. Nestes casos o que se tem constatado é que o simples facto de nos identificarmos como sendo da Liga dos Combatentes faz com que se desenvolva uma identificação que facilita a comunicação.

Existe a partilha de uma linguagem comum e em muitos casos um encontro com a razão inicial da permanência na rua, da ruptura familiar, do consumo de álcool e das perturbações mentais existentes.

É da responsabilidade das equipas de rua do CAIS todo o trabalho posterior à saída propriamente dita. Há a atribuição de um gestor de caso por cada novo combatente sem-abrigo identificado. Esse gestor de casos com o apoio conjunto da sua equipa fica responsável por efectuar as diligências necessárias que conduzam à alteração da situação. Esta alteração só é posta em prática com o consentimento do próprio utente.

É desta forma delineado um projecto de vida com o utente, o qual vai ser trabalhado com base sobretudo numa relação de confiança. O estabelecimento de uma relação terapêutica segura exige tempo e dedicação por parte dos técnicos e assenta, segundo o CAIS na denominada “técnica da raposa”, isto é, proporcionar rotinas nas visitas feitas. Ir sempre ao mesmo dia, a mesma hora, as mesmas pessoas. Ir criando hábitos que fortaleçam os laços de confiança que sustentem a possibilidade de avançar voluntaria e motivadamente para a mudança e melhoria da situação de vida.

Este trata-se de um processo moroso e dificultado pela inúmeras barreiras que se levantam:

- Muitos dos utentes manifestam alterações psicológicas profundas, que para além de serem de difícil diagnóstico, dificultam a compreensão mutua e a adesão a agente de mudança;

- Tal como em muitos dos combatentes “com abrigo”, também no caso dos combatentes sem-abrigo existe uma elevada prevalência de casos de alcoolismo, o que por si só aumenta a tendência para a irritabilidade, agressividade, violência e instabilidade na tomada de decisão e adesão a terapêuticas;

- As alterações de permanência e locais de pernoita;

- O descrédito para com as instituições existentes, pois tratam-se de sem-abrigos de longa duração que descredibilizam qualquer possibilidade de alteração. Forte sentimento de acomodação e hábito de vivência sem regras e disciplina;

- Idade avançada e problemas de saúde diversos;

- Falta de recursos humanos e matérias cada vez mais crescente nas instituições da região da grande Lisboa e o crescente número de sem-abrigo;

- A sobreposição de serviços prestados por parte das instituições que devido à falta de uma base de dados interligada entre todas, não há organização desejada que evite um gasto desproporcionado e mal gerido dos recursos existentes;

- Falta de Centros de Acolhimento Temporários e conseqüente prolongamentos da estadia dos sem-abrigo por falta de alternativas, não quebrando o ciclo que faz com que não sejam admitidos novos utentes.

Para além das outras instituições que funcionam como pontos de identificação e encaminhamento para o CAIS da Liga dos Combatentes de casos de combatentes sem-abrigo, existem outras formas:

- camaradas combatentes sem-abrigo que estão a ser apoiados pelo CAIS e que passam a informação a outros camaradas;

- Sócios da Liga dos Combatentes que têm conhecimento do serviço e que denunciam situações que conhecem;

- Pedidos em nome próprio que, através dos questionários ou directamente, recorrem ao serviço;

Através da Linha S.O.S. Combatente.

Banco de Voluntariado

Como forma de colmatar a falta de recursos humanos com que se tem deparado, foi decisão do CAIS tentar alargar a equipa de voluntariado que apresenta.

Neste sentido foi criado um Panfleto para o efeito (Panfleto 2) que tem sido distribuído por várias instituições e Universidades.

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO VOLUNTÁRIO

LIGA DOS COMBATENTES—CEAMPS
Centro de Apoio à Inclusão Social

1. Dados Pessoais:
Nome: _____ Idade: _____
Morada: _____
C Postal: _____ Localidade: _____
Tel: _____ Email: _____
Hab. Literárias: _____ Profissão: _____

2. Experiência em Voluntariado:
Instituição: _____
Descrição: _____
Duração: _____

3. Disponibilidade:

	1ª feira	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	Sáb	Dom
Manhã							
Tarde							
Noite							

Semantal Quinzenal Mensal

Obs.: _____

4. Motivo que leva a fazer voluntariado na Liga Combatentes: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

(Documentos a entregar: BI, N.º Contribuinte, foto tipo passe e CV)

CENTROS DE APOIO MÉDICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL

CAMPS — Lisboa e Vale do Tejo
Rua João Pereira da Rosa, 18
1249-032 Lisboa
Tel.: 213425151 / 213468245/6
Email: ceamps.lc@gmail.com

CAMPS — Zona Centro
Rua da Sofia, 136
3000.389—Núcleo de Coimbra
Tel.: 239823376

CAMPS — Zona Norte
Rua da Alegria, 39
4000-041—Núcleo do Porto
Tel.: 222006101

CAMPS — Zona Sul e Algarve
Rua Eng.º Barata Correia, 139
8100-560—Núcleo de Loulé
Tel.: 289413726
Email: núcleo.loule@gmail.com


ACEITA A DESAFIO E MOSTRA O QUE VALES!

Informa-te em
www.ligacombatentes.org.pt
Ou contacta-nos

Queres conhecer uma realidade diferente?

VEM SER VOLUNTÁRIO

Porque todos podemos fazer a diferença!


LIGA DOS COMBATENTES CEAMPS

SER VOLUNTÁRIO NA LIGA DE COMBATENTES

A LIGA DOS COMBATENTES

A Liga dos Combatentes (LC) é uma organização cívica e patriótica portuguesa que reúne os combatentes das Forças Armadas Portuguesas. A LC é uma pessoa colectiva de utilidade pública administrativa tutelada pelo Ministério da Defesa Nacional. Tem como objectivos promover a prestação e auxílio mútuo e a defesa dos legítimos interesses espirituais, morais e materiais dos combatentes e cooperar com outras entidades no que respeita à adopção de medidas de assistência a situações de carência económica.

CEAMPS

O CEAMPS funciona com base no trabalho individual, ou colectivo, dos seus membros. A cooperação do CEAMPS como um todo e de cada um dos seus membros em particular, com a LC, é imprescindível e o seu produto deverá ser acolhido como Parecer e Conselho Superior da Direcção Central e do seu Presidente. Para além de órgão de apoio e aconselhamento, o CEAMPS tem funções executivas. Desenvolve a sua acção através do Centro de Estudos e Projectos de Investigação (CEPI), dos Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS) e do Centro de Apoio à Inclusão Social (CAIS).

CAMPS

É constituído por quatro estruturas de Apoio Médico, Psicológico e Social (Sul e Algarve - Loulé; Lisboa e Vale do Tejo - Direcção Central, Coimbra - Centro; e Porto - Norte) abrangendo todas as zonas do país com ligação aos Núcleos da LC (72) que funcionam como Postos de Triagem e Encaminhamento. As equipas dos CAMPS são multidisciplinares. Integram profissionais da área da medicina, psiquiatria, psicologia, serviço social, reabilitação e enfermagem, centradas no combatente e sua família. Intervimos a nível individual, e em grupos psicoterapêuticos e de auto-ajuda.

CAIS

Destina-se a apoiar os combatentes e famílias de combatentes em situação de pobreza e em risco de exclusão social, e a grupos vulneráveis e excluídos (combatentes sem-abrigo, toxicodependentes e alcoólicos), promovendo caminhos para uma verdadeira inclusão social.

A acção no terreno tem como universo combatentes que estiveram na guerra do ultramar e operações de apoio à paz e suas famílias.

As nossas equipas de rua realizam apoio domiciliário e trabalho no terreno, em parceria com outras Instituições e actores locais, potenciando respostas de proximidade.

Através do Ministério da Defesa Nacional e em colaboração com a Direcção Regional de Saúde das Ilhas da Madeira e Açores pretendemos, em breve, encontrar respostas de apoio para os combatentes e famílias dos Núcleos do Funchal, Ponta Delgada e Terceira.

SER VOLUNTÁRIO NA LIGA

- VALORIZAÇÃO PESSOAL E SOCIAL
- INTERESSE PELOS OUTROS
- LUTA CONTRA A PRECARIIDADE
- ACTUAÇÃO URGENTE
- AQUISIÇÃO DE NOVOS CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS
- TRABALHO COMUNITÁRIO
- CONTACTO COM A REALIDADE
- RESPONSABILIZAÇÃO SOCIAL
- VONTADE DE INTERACÇÃO
- PARTICIPAÇÃO ACTIVIA
- NECESSIDADE DE DISPONIBILIDADE
- MANEIRA DE OPORTUNIDADES

VEM SER VOLUNTÁRIO E MOSTRA QUE

Panfleto 2- Informação relativa aos serviços do CAIS visando a angariação de voluntários para integração das equipas de rua.

Existe ainda uma entrevista prévia e uma ficha de motivação (Anexo 6) que é feita ao possível voluntário. Desta forma pretende-se verificar qual a disponibilidade, afinidade com a problemática e que tipo de actividades poderá desenvolver.

O feedback tem sido bastante positivo, sobretudo pelo facto de combatentes se terem disponibilizado para integrar as equipas de rua do CAIS no apoio aos Sem-Abrigo. Isto constitui sem duvida uma mais valia de grande significado pois são voluntários que conhecem profundamente a realidade que foi vivida, tem uma linguagem comum e carregada de significado e podem dar o seu exemplo vivo das situações vividas.

Por outro lado, esta trata-se de uma relação simbiótica, no sentido em que dado que muitos deste voluntários são recém reformados, e também uma forma de ocuparem o seu tempo, sentindo-se úteis e de se manterem ligados a algo que tem tanta importância para eles como a vivencia militar e da guerra.

Todos os voluntários integrados têm acesso a diversas formações neste âmbito e são integrados pela equipa técnica de todo o trabalho e funcionalidades envolvidos.

Material Cedido pelos Ramos das Forças Armadas

Uma das formas que o CAIS tem utilizado para conseguir o acesso a material diverso de apoio aos combatentes e famílias carenciados é o recurso a material que é cedido pelos ramos das Forças Armadas (Força Aérea, Marinha e Exército).

Ambos os três ramos apresentam material que ao final de alguns anos é considerado para “abate” e que acaba por ser dispensado para instituições. Assim o Cais já teve acesso a: roupa de homem e mulher, calçado de homem e mulher, toalhas, lençóis, camas, colchões, almofadas, computadores e impressoras, entre outros.

Para além deste material o CAIS também recebe material doado por particulares em termos de comida e roupa.

Ainda neste âmbito foram celebrados dois Protocolos entre o CAIS da Liga dos Combatentes com o Banco Alimentar contra a Fome e a Associação de Bens Doados.

Esta ligação com o Banco Alimentar contra a fome tem uma expansão nacional permitindo que cheguem alimentos básicos a combatentes que se encontram em locais de mais difícil acesso, como a zona interior do país por exemplo.

A Associação de Bens Doados possibilita aceder a bens materiais com diferentes utilidades, desde electrodomésticos, passando por tintas para pintar casas, ou computadores.

É desta articulação com outras instituições que se optimiza os recursos existentes e se consegue, com pequenos passos o acesso bens que de outra forma não existiriam meios para os conseguir.

Reuniões com Equipas de Rua da Região de Lisboa

A equipa de rua do CAMPS- Lisboa faz parte da constituição de várias equipas que realizam mensalmente reuniões informais em torno da problemática da população em condição sem-abrigo.

Nestas reuniões estão representantes de diversas instituições como a AMI, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Legião da Boa Vontade, Movimento ao Serviço da Vida, Câmara Municipal de Lisboa, Segurança Social, entre outros.

Estes encontros visam a troca de dados sobre os casos que cada instituição acompanha e que tipo de apoio presta á pessoa em causa. Desta forma evita-se que haja sobreposição de recursos e esforços. Por outro lado, estas reuniões tentam abordar diversas temáticas, desde a crise económica mundial, até teses de doutoramento sobre sem-abrigo que possam esclarecer os técnicos presentes em relação a possíveis estratégias e movimentações deste tipo de população.

Neste âmbito, o CAMPS de Lisboa, teve a possibilidade de apresentar, através de dois técnicos (um psicólogo e um assistente social) um trabalho sobre Stress Pós-traumático e Comorbilidades associados à problemática da vida sem-abrigo (Anexo 1). O feedback foi bastante positivo, sendo que muitos dos elementos que trabalham no terreno com esta população ficaram mais despertos para esta realidade, passando a funcionar como postos de sinalização de combatentes em situação sem-abrigo. Por outro lado, foi possível passassem a perceber melhor algumas das reacções e linguagem utilizadas pelos combatentes, em que faixa etária se encontram, algumas características transversais à maioria deles, hábitos e manifestações (por exemplo, as tatuagens alusivas a anos e locais de combate).

Desta apresentação resultaram a sinalização e encaminhamento para os serviços do CAMPS, de vários combatentes sem-abrigo e a integração sempre que necessário de um ou dois elementos da equipa do CAMPS – Lisboa na equipa de rua de outras instituições.

Algumas das reuniões são inclusivamente realizadas nas instalações da sede da Liga dos Combatentes em Lisboa, com possibilidade de se realizar no Forte do Bom Sucesso em Belém.

Para além deste carácter de aprendizagem e crescimento conjunto, estas reuniões promovem ainda a discussão relativamente à Estratégia Nacional para os Sem – Abrigo que se encontra a ser discutida e pensada para a sua implementação até 2010.

Um dos pontos centrais desta Estratégia assenta na criação de uma base de dados (Nacional ou Regional, por exemplo para a região de Lisboa) que possibilite a uniformização dos dados recolhidos tal como uma perspectiva global da quantidade e situação geral dos sem-abrigo nesse espaço.

Nestes encontros tem sido dada a possibilidade por parte de quem está a criar a base de dados, de discussão dos itens e dados que esta deve contemplar. Ninguém melhor do que os técnicos que trabalham no terreno com este tipo de população para poderem avaliar quais os dados realmente importantes e a melhor forma de os organizar evolutivamente.

Estas reuniões têm funcionado como uma mais valia para a equipa de rua do CAMPS Lisboa pois tem potenciado um conhecimento profundo nesta área, em termos dos locais e movimentações grupais, identificação de sem-abrigo, encaminhamentos, formas de potenciar a adesão, redes sociais de apoio, recursos e direitos, e a partilha de um conjunto de experiências bastante enriquecedora.

Caso Prático SA1

Dados biográficos

Nome: Carlos

Idade: 67 anos

Data de nascimento: 26/09/1942

Habilitações académicas: 12º ano

É acompanhado pela equipa de rua do CAIS desde o mês de Janeiro de 2009. Esta situação foi sinalizada por um vizinho que contactou a Liga dos Combatentes para denunciar a situação.

O Carlos trata-se de um combatente em situação prolongada de sem-abrigo.

Vive sozinho num abrigo feito de madeiras e plásticos junto por baixo de uma.

Este espaço é coberto de vegetação e bastante lixo em redor. Fica no final de uma bairro, onde esta situação já é conhecida dos vizinhos há mais de 25 anos.

O abrigo deste combatente não oferece a mínimas condições, sendo frequente a permanência de ratos e outros animais em busca de alimentos.

Para além dos restos de comida e outros detritos, o combatente tem por hábito coleccionar livros, jornais e revistas que vai encontrando ou que lhe vão oferecendo, os quais vai acumulando no espaço onde pernoita.

A primeira vez que foi visitado por uma equipa do CAIS o Carlos mostrou-se bastante afável mas com um discurso marcadamente desorganizado, bastante denso, incoerente e disperso, com descarrilamentos frequentes.

O seu vocabulário é rico e denota uma cultura geral, especialmente literária bastante elevada.

Tem um aspecto pouco cuidado, barba branca bastante grande e cabelo muito comprido, as roupas estão amarrotadas e sujas de lama e está calçado com sapatos rotos bastante maiores que o seu número.

Contudo, o combatente apresenta comportamentos de higiene diários, tem uma bica de água perto do local onde pernoita onde lava frequentemente as mãos e o rosto.

Sem se poder avaliar o efeito sugestivo de a equipa pertencer à Liga dos Combatentes, o seu discurso era direccionado quase exclusivamente para a guerra e a vivência do Ultramar.

Referiu incessantes vezes que o seu objectivo era conseguir ter um passaporte para poder voltar para Angola e estar novamente com os seus camaradas.

Enquanto falava por vezes torna-se mais impulsivo, marcado por rubor facial, gesticulação das mãos, maior agitação motora, maior proximidade da pessoa a quem se dirigia e elevação do tom de voz. Manifesta dificuldade de aceitação de ideias contrárias à sua, e sempre que é contrariado fica mais ansioso e mais reactivo. Esta agitação diminui sempre que não é contrariado e quando consegue atingir os seus objectivos, geralmente comida ou dinheiro.

Afirma que tem vários empregos na zona de Campolide mas que a sua principal função é a de fazer pequenos recados numa florista, há já vários anos.

A equipa do CAMPS começou por delinear como primeiro e principal objectivo o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com o combatente. Desta forma, criou, segundo a técnica da raposa, como foi designada, hábitos rotineiros. As visitas são efectuadas todas as sextas-feiras, sempre com a mesma equipa de técnicos (um psicólogo, um assistente social e um estagiário), tentando ir constantemente a horas semelhantes.

As primeiras quatro semanas, ou seja, quatro visitas, o Carlos demorava bastante tempo para estar pronto e para ir ter com a equipa. A equipa chegava por volta das 10:30horas e chegava a ter de esperar mais de uma hora para que este estivesse arranjado. Estava sempre muito ensonado, com o mesmo aspecto descuidado e com pouca motivação para tudo o que implicasse afastar-se daquele local ou mesmo qualquer possibilidade de mudança, fosse em que aspecto fosse.

Neste tipo de situações as pessoas mais próximas do combatente e que conhecem a situação há bastante tempo são elementos sociais bastante importantes e potenciais geradores de mudança. Neste caso, inicialmente, são duas as pessoas fundamentais no apoio da melhoria da condição de vida deste combatente. Um deles é um amigo de longa data que todos os dias o visita e lhe leva comida, o Osvaldo. Outro é um mecânico que tem a oficina perto do local onde o Carlos se encontra e que o ajuda sempre que precisa de algum bem material ou de fazer telefonemas, por exemplo.

Pela recolha de informação através deste dois intervenientes e pelos relatos do Carlos, pode apurar-se que Está neste local desde 1977.

Inicialmente vivia naquele local numa barraca com a sua mãe, mas a Câmara Municipal de Lisboa, demoliu todas as barracas. Nessa altura a mãe do Carlos, segundo um vizinho, foi internada num hospital psiquiátrico tendo vindo a falecer recentemente.

Esta é uma das razões para o Carlos rejeitar sair daquele local, acredita que aquele terreno é seu e que existe um projecto na CML para a construção de uma casa para ele. O Carlos não tem quaisquer documentos, segundo afirma foram destruídos por alguém que em tempos ele julgou seu amigo, e até hoje não tem nada que o identifique. Já por várias vezes que o seu amigo Osvaldo foi tentou conseguir que le fosse tirar pelo menos o bilhete de identidade. Por várias vezes concordou em fazê-lo mas na última da hora recusava sempre.

Ao longo das visitas da equipa do CAIS ao Carlos, uma das primeiras alterações comportamentais que se verificou foi que, ao contrário do que acontecia inicialmente, quando a equipa chegava já ele estava à espera com tudo preparado. Sempre carregado com uma mochila muito cheia, com revistas, escritos seus, livros e outros objectos que vai acumulando.

Esta foi um pequeno grande passo e foi um primeiro sinal do comprometimento estabelecido e da confiança que existia de que a equipa naquele dia àquela hora lá iria estar.

Passou a tomar o pequeno-almoço garantido pela equipa num café perto do seu local de pernoita.

Foi-se percebendo que o Carlos é uma pessoa bastante estimada naquela zona, sociável e que se relaciona com muitas pessoas vizinhas, dominando os seus nomes, embora com reacções algo exageradas e reactivas, atribuídas possivelmente à presença da equipa do CAMPS e algum protagonismo sentido da sua parte.

As tentativas de negociação com o Carlos no sentido de conseguir que efectue algumas pequenas mudanças não foram fáceis de início.

Uma das primeiras que se tentou foi de que fizesse a barba como forma de ir tratar do cartão do cidadão, sendo que a equipa do CAIS asseguraria tudo o que fosse preciso para tal, ao mesmo tempo que o acompanhava no dia em que fosse à loja do Cidadão.

Foram dadas algumas giletes ao Luís (mecânico que está próximo do seu local de pernoita) que ficou de dar ao Carlos na quinta-feira para que na sexta-feira já tivesse a barba feita. O Luís disponibilizou-se ainda para lhe pendurar um espelho para facilitar a sua tarefa. Assim aconteceu, na sexta-feira de manhã, o Carlos tinha a barba feita e já estava pronto à espera da equipa do CAMPS.

Para efectuar o cartão do cidadão é necessário ter uma certidão de nascimento, documento este que o Osvaldo já tinha desde as suas tentativas de conseguir que o Carlos tivesse algum documento de identificação.

Através da certidão confirmou-se a sua idade (67 anos) e que é filho de pai incógnito.

A deslocação à loja do Cidadão decorreu sem qualquer incidente e de forma calma, foi possível ao Carlos conseguir controlar a ansiedade de horas de espera pela sua vez.

A morada dada para a recepção do cartão do Cidadão foi a do CAMPS da Liga dos Combatentes. Ficou acordado que a equipa que o acompanha ficaria com o original e seria feita uma fotocópia a cores e plastificada para o Carlos.

O cartão foi recebido cerca de 2 meses depois. Quando a cópia foi dada ao Carlos a sua atenção focalizou-se no “chip”, como lhe chamou, que o cartão tem. Como habitualmente começou a repetir a expressão que frequentemente diz “atenção à ligação”. Nestes momentos é quando estabelece associações, aparentemente sem ligação, entre coisas que à partida não estariam relacionadas. Sempre que se desloca para algum sítio e vai com a atenção focalizada na rua é comum usar esta expressão, o mesmo acontece quando está a falar sobre o passado e, por exemplo passa alguém de origem africana. Regra geral, estas associações parecem não seguir nenhum padrão em particular, são aleatórias e sem qualquer repetição entre si. São contudo mais frequentes quando se encontra mais agitado e ansioso, quase como se quisesse captar todos os estímulos que o rodeiam e fosse capaz de os relacionar incessantemente entre si e segundo uma lógica muito própria e idiossincrática.

Há medida que se foram recolhendo informações e dados sobre a história de vida. Nasceu na Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa em 1942. Viveu até aos 6 anos na Rua Gomes Freire com a mãe, avó materna e tio. A mãe casou quando ele tinha três anos de idade e trabalhava como vendedora de peixe.

Dos seis aos dez anos viveu no Cacém com uma tia e o seu companheiro, enquanto que a mãe e a avó estavam em Lisboa. A sua escolaridade sempre decorreu dentro da normalidade, aos dez anos estava no quarto ano. Nessa altura foi viver com a mãe e a avó para Lisboa, mudando algumas vezes de casa em Lisboa, até que a partir dos catorze anos ficaram em Queluz. Aos dezanove anos foi para a tropa, tendo embarcado em 1964 para a primeira comissão em Angola. Chegou ao posto de Furriel, o que contraria a tendência dos combatentes acompanhados pelo CAIS, em que a maioria era soldado. Tirou o curso de rádio montador e várias outras especialidades. Regressa em 1968 quando terminou a sua segunda comissão.

Assegura que “Nunca dei um tiro”(sic) enquanto esteve na guerra e que “enquanto combatente nunca vi nada que de facto me assustasse”(sic).

Acrescenta que assistiu um ferido que tinha sido atingido com um tiro na cabeça, tendo acabado por ter de fazer o seu “espólio” (conceito atribuído à morte em contexto de guerra),

Seguidamente foi viver para a Paiã com a mãe e a avó, em 1975 a mãe foi forçada a mudar-se para uma barraca em Lisboa, Campolide onde o Carlos se encontra hoje. Entretanto a avó faleceu e o Carlos ficou a viver sozinho na Paiã até 1977, “ via me aflito para comer, não sabia cozinhar,.....e nem havia dinheiro” (sic).

Seguidamente foi viver para Campolide para a barraca onde a mãe se encontrava.

Quando se tentou falar em relações amorosas o Carlos não se demonstrou muito disponível, não querendo falar no assunto, e muito confuso referindo um filho, mas quando se perguntava se tinha um filho dizia que não.

A nível profissional tudo o que relatou é muito confuso, pois pensa que ainda se encontra a trabalhar num projecto, não sendo esta informação coerente. A nível de saúde não relatou nada para além da infecção que tem nos olhos, pois problemas de saúde no passado não se recorda, diz que foi tudo normal.

Com o decorrer do acompanhamento o Carlos demonstrou vontade de conhecer a Liga dos Combatentes, o que aconteceu, chegando mesmo a falar com vários elementos da Direcção Central e a receber um pin por parte do Sr. General, momento para ele de grande estima.

A partir dessa visita ficou acordado que então todas as sextas-feiras a equipa do CAIS se dispunha a ir busca-lo a Campolide para poder almoçar na Liga e se necessário ir a alguma consulta médica.

A integração do Carlos a este novo meio foi bem conseguida e o seu discurso foi sendo progressivamente mais coerente e lógico, com um aumento dos espaços de silêncio par ouvir o outro e sem interrupções inoportunas e descontextualizadas.

Foi adquirindo cuidados de higiene e de educação durante a hora das refeições, as quais foram progressivamente sendo generalizadas a outros contextos e horários. O seu aspecto físico foi sendo mais cuidado e, perante a oferta de uma nova mochila começou a carregar muito menos objectos nesta.

O Carlos apresentava muitas queixas relacionadas com a sua visão e com uma mancha que o acompanha desde há muito tempo, segundo ele desde os 6 anos de idade. Desta forma foi marcada uma consulta para Psiquiatria/Psicoterapia na presença também da psicóloga que o tem acompanhado e com quem já tem uma relação terapêutica estabelecida.

O seu discurso em torno da mancha é bastante confuso e está sobretudo, segundo o Carlos, relacionado com o sol que apanhou em excesso durante a sua infância.

Posto isto foi prescrito Zyprexa para efectivamente ter uma efeito sobre a mancha ocular que o persegue há anos e tentar verificar quais os efeitos da medicação.

Passou a tomar um comprimido por dia à hora do jantar. O seu comprometimento passou por assegurar que tomaria todos os dias a medicação e que o CAIS ficaria responsável por lhe garantir uma refeição diária, que acabou por ser num restaurante perto do sito onde dorme.

Foi feita uma pequena reunião com o responsável pelo restaurante que se prontificou a garantir-lhe a refeição, verificar a toma da medicação e a atribuir uma tarefa como forma de retribuição. Esta ultima medida foi pensada com base no facto de o Carlos estar habituado a uma certa acomodação e a não ter de fazer nada em troca para conseguir o que quer, é importante que contrarie não só essa passividade como também a valorizar o esforço e o trabalho dos outros para consigo.

A tarefa atribuída foi de varrer a entrada do restaurante uma vez por dia, tarefa essa que nem sempre cumpre e que mesmo quando faz não é de bom agrado.

Um dos objectivos passa precisamente por conseguir um local que lhe garanta mais do que uma refeição diária, com perspectivas de continuidade para dormir e fazer a sua higiene pessoal, por exemplo um lar. Este é dos objectivos a que o CAIS se propõe obter ainda durante o mês de Setembro para evitar que o Carlos passe mais um Inverno na rua.

Apesar de não querer sair do local onde dorme, acabou por aceitar fazê-lo quando teve conhecimento que a CML não tinha qualquer projecto para aquele local e que afinal não iria ter onde morar.

Foram contactados a Junta de Freguesia de Campolide e a Santa Casa da Misericórdia e está neste momento a aguardar-se uma resposta.

No mês de Agosto, uma vez que o restaurante fecha para férias, foi conseguido um local provisório para tomar as refeições, que é uma Associação Infanta Dona Mafalda, em Campolide, que possibilitou através da sua assistente social que lá tomasse o almoço e o jantar, levando ainda um reforço para a noite e para o pequeno almoço. Terá de ser ponderada a sua continuidade neste local mesmo após Agosto.

Mesmo durante as férias o Carlos comprometeu-se a ir às sextas-feiras à liga dos Combatente visitar algumas das pessoas que conheceu entretanto, forma de fazer algum exercício e de não quebrar a ligação estabelecida.

A equipa multidisciplinar do CEAMPS utiliza especificamente duas técnicas nas suas intervenções de rua que são elas a técnica da Raposa e a técnica dos 3P's.

A técnica da Raposa prende-se com a ideia de criar rotinas e hábitos que promovam a securização do paciente (por exemplo, manter horários, locais, pessoas). É um trabalho moroso mas que promove resultados mais sólidos e duradouros.

A técnica dos 3 P's tem a ver com a ideia de estabelecer objectivos pequenos, possíveis e práticos. Ou seja, através desta ideia devem ser pensado um projecto de vida com a pessoa, em que a sua ideia e pensamentos são tão ou mais válidos do que os dos técnicos. Primeiro é trabalhado o que é mais emergente para a pessoa e o que lhe causa mais angustia e ansiedade no presente, posteriormente são trabalhadas outras questões de cariz mais profundo. Tudo o que é feito é centrado na pessoa em questão, nas suas escolhas e vontades, tudo é pensado e feito ao seu ritmo e nada é imposto.

Inicialmente deve-se procurar, captar, descodificar e compreender as motivações que o levam e querer ficar naquele local. Percebeu-se que a ligação emocional ao local é muito forte, foi ali que viveu a grande maioria da sua vida com a sua mãe, a quem é bastante apegado. Considera que aquele espaço é seu e que tem direitos sobre ele, não é por acaso que ali permanece. Ao contrário de grande parte dos sem-abrigo parece não olhar para aquele espaço como sendo a rua, aquele espaço é a sua casa e é onde pertence, não está deslocado, nem considera que lhe falte algo. Isto faz com que não tenha sentimentos de revolta ou insegurança e que seja bastante educado e sociável com os seus vizinhos e demais.

Isto prolonga-se ao ponto de fazer a sua higiene pessoal todos os dias, pois tem a sua própria casa de banho, que apesar de só ter água fria e de ser uma bica de água pública, considera sua pois está no seu espaço, na sua casa.

O que inicialmente se trabalhou, como já se referiu foi o estabelecimento de uma relação de confiança com base na segurança. O estreitamento de laços permitiu ao Carlos sair daquele local durante umas horas e regressar, no fundo perceber que apesar de se ausentar, quando volta o seu lugar ainda lá está e tudo permanece igual.

Esta segurança facilita a possibilidade de mudança, mesmo que pequena.

Algumas das estratégias que se vão utilizando passam por: fortalecer a relação, aumentar o seu suporte social e aquisição de documentação para obtenção de subsídios a que tem direito, fornecer roupa como forma de negociação, restabelecer um contracto de responsabilização para que comece a adquirir novas regras mais adaptativas.

O objectivo é trabalhar as suas competências pessoais e sociais, fazer com que seja cada vez mais fácil encarar a possibilidade de trocar de local, potenciar um confronto gradual com a realidade, adquirir competências de gestão monetária, afectiva, saúde, e higiene para que a sua qualidade de vida e o seu bem-estar aumentem.

O que se tem verificado é que o Carlos tem desenvolvido um grande trabalho por si próprio. O seu discurso está bastante mais coerente e lógico, já mantém conversas com outras pessoas e consegue transmitir objectivamente as suas ideias sem se dispersar tanto como anteriormente.

Tem feito a toma da sua medicação quase sempre seguida, salvo raras excepções e tirando a sonolência associada, refere que a mancha está cada vez mais pequena e que se sente bastante melhor.

Existe uma evidente frenagem psicomotora que lhe confere maior estabilidade e controlo dos seus impulsos. Irá manter esta medicação até nova consulta em Setembro de 2009.

Houve ganhos em termos de uma maior autonomia e autoconfiança que lhe fazem ser capaz de ir até ao CAMPS e de regressar a Campolide sozinho, trazer os comprovativos das senhas dos transportes para poder ser reembolsado.

Tem-se demonstrado uma pessoa bastante responsável, cumpridora das suas partes das negociações e sempre pontual.

Actualmente está a aguardar-se o Complemento solidário por Velhice por parte da Segurança Social e foi pedida a contagem do tempo de tropa para efeitos de reforma.

São evidentes os ganhos terapêuticos com o Carlos aos mais variados níveis.

Penso que mais que qualquer técnica ou estratégia de intervenção, o que realmente pode promover uma mudança neste tipo de casos tem de passar sempre por uma relação segura e de confiança. São estes os alicerces que podem motivar e fazer com que um homem, combatente com 67 anos de idade que vive há mais de 30 na rua, possa acreditar que realmente vale a pena. Depois só basta acreditar tanto quanto ele.

Visitas Domiciliárias

(VAD's)

O apoio domiciliário é direccionado para combatentes e famílias que se encontrem a grandes distâncias de qualquer CAMPS e/ou com necessidades económicas que justifiquem a deslocação da equipa à sua residência.

Este apoio é garantido por uma equipa psicossocial (um assistente social e um psicólogo clínico) que se desloca à residência do utente e realiza a consulta/atendimento no seu domicílio. Este trata-se de um ambiente que não é totalmente controlável, pelo que existem algumas dificuldades com que a equipa se depara com alguma frequência, como por exemplo a falta de privacidade dos relatos por presença de outros familiares ou amigos, distanciamento do conceito clínico e profissional da visita por ser realizada fora do consultório e em ambiente familiar, variáveis estranhas e imprevistas que não podem ser contempladas no planeamento da visita domiciliária.

Estes tipo de acompanhamentos são de frequência variável de acordo com o grau de gravidade atribuído à situação, e em função da distância a que se encontra localizada.

São garantidas pelo CAMPS Lisboa visitas domiciliarias semanais, quinzenais e mensais.

Existe um planeamento prévio do que é esperado para a próxima visita e quais os objectivos para que se trabalha a curto prazo, tendo sempre noção do seu macro-planeamento. Após a visitas realiza-se uma reunião técnica em que se discute o desenvolvimento que teve o apoio prestado, os aspectos negativos e os aspectos positivos e é feito o registo da sessão. É elaborado ainda o planeamento da próxima visita domiciliária e quais os procedimentos/diligencias a tratar.

Também aqui existe um gestor de caso em cada equipa, que fica responsável por determinados casos em que todos os contactos e procedimentos a tomar devem ser garantidos por este.

Uma vez que ainda não se encontram em funcionamento todos os CAMPS, o CAMPS de Lisboa tem garantido algumas VAD's a regiões do país fora da zona de Lisboa e Vale do Tejo, tais como Covilhã, Manteigas, Ovar, Guarda, entre outros.

Estas visitas têm um carácter esporádico e pontual e sevem como ponto de partida e um começo para o trabalho a desenvolver pelos Núcleos da região em causa. Existe trabalho que pode e deve começar a ser feito, numa perspectiva de parceria entre os Núcleos e o CAMPS Lisboa, no que respeita a alguns combatentes com

necessidades emergentes, enquanto se aguarda a abertura de CAMPS mais próximos. Mais uma vez cabe aos Núcleos, com base nos relatórios posteriormente elaborados e na reunião efectuada no final das VAD's explorar as respostas e recursos da sua região que possam vir de encontro às necessidades específicas de cada um dos casos.

Até Julho de 2009 são mais de 50 os casos de combatentes e famílias que se encontram a ser acompanhados em VAD's pelo CAMPS Lisboa.

Centro de Estudos e Projectos de Investigação – CEPI

A terceira vertente do CEAMPS é uma área destinada a projectos de investigação e estudos científicos que possam proporcionar um conhecimento mais aprofundado da população portuguesa combatente e família, designado por Centro de Estudos e Projectos de Investigação (CEPI).

Neste sentido foram realizados protocolos entre o CEAMPS da Liga dos Combatentes e duas universidades da área de Lisboa, mais especificamente a Universidade Lusófona de Lisboa e a Universidade Autónoma de Lisboa (UAL).

Destes laços estabelecidos resultaram várias actividades de parceria. Foi possível, em colaboração com a Universidade Lusófona promover a realização de um estágio curricular no serviço de Apoio aos Combatentes de uma aluna finalista de Psicologia. Por outro lado, houve ainda a possibilidade de chamar a atenção para as problemáticas, de ordem psicossocial, associadas á população portuguesa combatente, através de uma acção de divulgação na faculdade destinada a esta problemática.

Em termos de investigação nesta área, o protocolo com a Universidade Autónoma de Lisboa tem sido mais produtiva até ao momento. Foi possível que dois técnicos (psicólogos clínicos) do CEAMPS de Lisboa integrassem o Instituto de Investigação da Universidade Autónoma de Lisboa, enquanto investigadores colaboradores da mesma.

Actualmente são três os estudos que estão a ser desenvolvidos pelo CEPI da Liga dos Combatentes:

1 – “Vulnerabilidades Psicossociais e Contextos Instáveis em Ex-Combatentes do Ultramar e do Antigo Estado Português da Índia”.

2 – Caracterização Sócio-Demográfica da População Combatentes do Ultramar Português e Prevalência de PTSD.

3 – Estudo comparativo do Período de 1967 a 1970 da Guerra Colonial Portuguesa.

Estudo 1

Vulnerabilidades Psicossociais e Contextos Instáveis de ex-combatentes do Ultramar e do Antigo Estado Português da Índia

O estudo pretende comparar a população de prisioneiros de guerra do Antigo Estado Português da Índia com a população de combatentes do Ultramar. Pretende encontrar factores de protecção psicológica que permitam melhorar o cuidado oferecido a essas populações e desenvolver programas de prevenção para os actuais combatentes em missões de paz no estrangeiro.

A duração prevista do presente estudo é de aproximadamente dois anos.

A concretização deste estudo conta com a colaboração da Associação Nacional dos Prisioneiros de Guerra (ANPG). Esta associação funciona no mesmo edifício da Liga Central dos Combatentes e tem como principal finalidade defender os direitos de todos os combatentes portugueses que foram prisioneiros de guerra. Esta associação tem cerca de 3000 sócios, sendo na sua maioria prisioneiros de guerra do antigo Estado Português da Índia. Os restantes associados são militares que foram feitos prisioneiros em Angola (e antigo Congo Belga), Timor, Guiné e Moçambique.

Este estudo tem como principal objectivo constatar quais as principais diferenças experienciadas entre estes grupos amostrais e verificar de que forma as consequências dessas vivências se manifestam, ou não, na actualidade.

Neste sentido foram considerados quatro possíveis grupos amostrais:

- A- Combatentes da guerra do Ultramar
- B- Prisioneiros de guerra da Índia
- C- Prisioneiros de guerra da Índia e combatente do Ultramar simultaneamente
- D- Prisioneiros de guerra do Ultramar

A aplicação e distribuição dos questionários tem envolvido diversos métodos. No que respeita à população combatente do Ultramar, recorreu-se à base de dados dos sócios da Liga dos Combatentes e a bateria de testes tem sido enviada por correio (juntamente com envelope para devolução). Têm sido enviados uma média de cem questionários por semana, com um total de respostas que tem superado as expectativas, rondando 85% de adesão.

No que respeita à população dos prisioneiros de guerra, a equipa do CEPI teve a possibilidade de estar presente no encontro anual dos Prisioneiros de Guerra 2009 em Ovar, onde pôde aplicar e distribuir cerca de cem questionários referentes ao estudo. Os restantes têm sido enviados via correio com a colaboração da ANPG. A adesão deste grupo amostral tem sido mais reduzida, sendo que a percentagem de respostas ronda os 65%.

Para além disso, tem sido também aplicada a bateria de testes psicológicos à maioria dos pacientes acompanhados pelo CAMPS de Lisboa, quer a nível individual como em intervenção em grupo.

O objectivo a que se propõe o estudo é que se consiga obter uma amostra de 750 indivíduos para cada grupo amostral.

Considera-se ainda um quinto grupo – Grupo de Controlo. Pretende-se que este grupo seja o mais representativo possível da população portuguesa em geral. Para tal, a ajuda dos Núcleos da Liga dos Combatentes espalhados por todo o país terá um papel preponderante. O número de questionários distribuídos por Núcleo será proporcional ao número de sócios respectivamente, e apenas aos Núcleos cujo número de membros associados assim o permita.

Este grupo permite comparar relativamente aos resultados dos restantes, quais as manifestações mais evidentes em termos psicológicos e, se existirem, quais as diferenças significativas apresentadas face aos grupos amostrais em estudo.

Os questionários para o Grupo de Controlo irão ser distribuídos pelos núcleos nas proporções seguintes:

Núcleo	Nº de Protocolos
Abrantes	100
Alcobaça	60
Almada	50
Angra/Praia da Vitória	100
Aveiro	60
Beja	60
Braga	50
Bragança	50
Caldas da Rainha	80
Castelo Branco	60
Chaves	50
Coimbra	100
Covilhã	80
Elvas	50
Entroncamento	80
Espinho	50
Estremoz	60
Évora	60
Faro	50
Funchal	50
Lagos	50
Lamego	50
Leiria	100
Lisboa	120
Loulé	80
Manteigas	50
Marinha Grande	60
Monção	50
Mora	50
Oeiras/Cascais	60
Olhão	50

Oliveira de Azeméis	50
Oliveira do Bairro	50
Penafiel	50
Ponta Delgada	60
Portalegre	60
Lagoa/Portimão	50
Porto	140
Queluz	50
Rio Maior	60
Santarém	50
Sesimbra	50
Sintra	50
Tomar	60
Torres Novas	50
Valença	60
Vendas Novas	50
Viana do Castelo	60
Vila Franca de Xira	50
Vila Real	50
Viseu	60

Quadro 4 – Distribuição dos questionários para Grupo de Controlo por cada Núcleo da Liga dos Combatentes.

A bateria de avaliação psicológica consiste nos seguintes instrumentos de medida:

- SERTHUAL – Self Esteem Scale Rogers, Tap, Hipólito e UAL- Versão Reduzida
- E.T.C. – Escala Toulosana de Coping – Versão Reduzida
- Escala de PTSD
- Escala de Valores Nunes – Versão Reduzida
- P.C.L.-M.
- SCL-90-R

Tendo em conta as características específicas desta população, optou-se por escalas o mais reduzidas possíveis, sendo 60 que se elaboraram escalas reduzidas da Escala de Valores ON, ETC (versão red50uzida) e SERTHUAL (versão reduzida).

Estas alterações foram elaboradas pela equipa de Investigadores da UAL.

Esta população tem manifestas dificuldades de atenção, concentração e memória, sendo que se acordou que à excepção da SCL-90 –R, se optava por escalas com um máximo de 20 itens cada.

Todos os meses é realizada uma reunião em que se reúnem os técnicos da UAL e do CEPI para verificar em que ponto se encontra o estudo, como tem evoluído, esclarecimento de dúvidas e elaboração de alguns reajustes pertinentes.

Depois de definida qual a constituição da equipa que vai desenvolver o estudo, quais as respectivas funções de cada um, planeamento dos custos envolvidos e possíveis financiamentos, definição de etapas da investigação, meios para desenvolver cada etapa do estudo e de que forma po-lo em prática, chegou-se ao seguinte Planeamento:

Mais uma vez, simultaneamente á recepção dos questionários visando a realização do presente estudo e tratamento estatístico, estes funcionaram ainda como verdadeiros apelos de ajuda para situações graves de doença mental e física e necessidades económicas bastante acentuadas. Desta forma, procedeu-se como já descrito anteriormente à classificação dos casos por gravidade e procedeu-se à marcação de Consulta de Triagem.

Delineamento do Plano de desenvolvimento do Estudo

Enquadramento Teórico

Elaboração de escalas reduzidas das provas psicológicas a aplicar Pelo Centro de Investigação da Universidade Autónoma de Lisboa

750 Prisioneiros de Guerra e 750 Combatentes Ultramar

Grupo de Controlo 2000 Aproximadamente

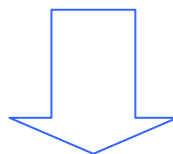
Recolha dos questionários através de almoços convívio e via correio

Construção da Base de dados e introdução dos dados

Análise Estatística

Discussão resultados Conclusões

Apresentação do Estudo



Conhecer para melhor Intervir

Estudo 2

Caracterização Sócio - demográfica e Prevalência de PTSD em combatentes do Ultramar

Outro dos estudos que está a ser realizado pelo CEPI pretende fazer a primeira caracterização sócio – demográfica dos combatentes portugueses do Ultramar e das Operações de Paz Portuguesas e tentar aprofundar qual a prevalência da Perturbação de Stress Pós-traumático nesta população.

Com esta finalidade foi construído um questionário de obtenção de dados Sócio-Demográficos que foi enviado juntamente com o Questionário PTSD.

Este questionário foi enviado através da revista da Liga dos Combatentes – “O Combatente” (Anexo 7), a qual é endereçada a todos os sócios da LC, Núcleos e Instituições militares trimestralmente.

Este Inquérito encontra-se direccionado a combatentes do Ultramar e/ou Missões de Paz, quer apresentem ou não manifestações de PTSD.

Até ao momento foram recebidos um total de 615 questionários de acordo com o seguinte quadro:

Região	Nº de Questionários
Norte	100
Centro	214
Lisboa e Vale do Tejo	221
Sul e Algarve	58
Açores e Madeira	11
Alemanha	2
África do Sul	1
Austrália	1
USA	1
Bélgica	1
Não identificados	5

Quadro 5 – Distribuição do número de questionários recepcionados por região de origem.

Este questionário destina-se a toda a população combatente do Ultramar e Missões de Paz, quer considere que tem problemas relacionados com as vivências de guerra ou não. Contudo, o que a equipa técnica do CAMPS – Lisboa começou a constatar é que os questionários que nos eram endereçados funcionavam como verdadeiros pedidos de ajuda.

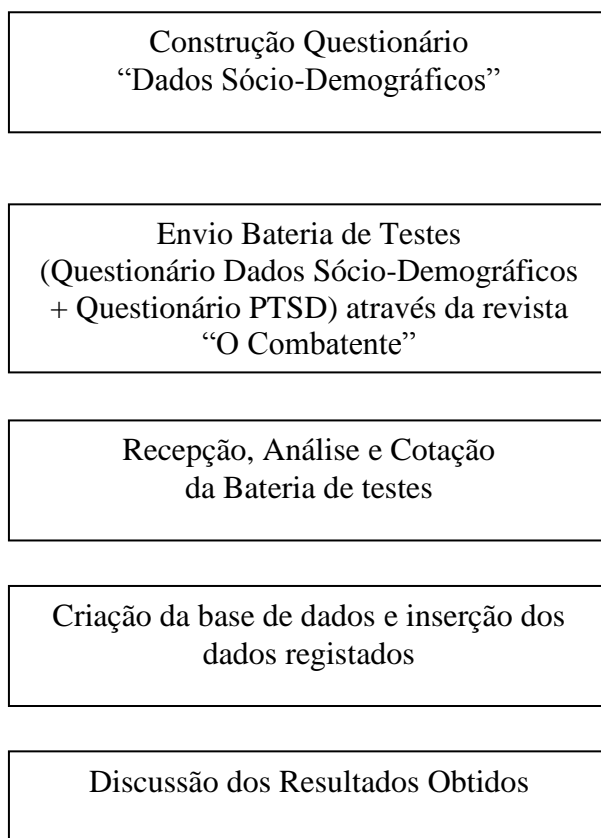
No espaço do questionário destinado aos comentários pessoais os apelos eram evidentes.

Desta forma optou-se por utilizar os mesmos como pontos de triagem para serem classificados em termos de urgência e chamados ao CAMPS.

Esta selecção foi sendo efectuada com base nos sintomas referidos e nos comentários pessoais mencionados. Desta forma, os indivíduos classificados como “Urgência 1” ou casos muito urgentes eram os primeiros a serem chamados para a consulta de triagem psicossocial de forma a seguirem o devido encaminhamento.

Neste momento ainda foi cessado o envio de mais questionários através da Revista, sendo que ainda se vai registando a recepção de alguns no serviço.

A duração prevista para o estudo é de três anos.



Esquema 3 – Planeamento das etapas do Estudo 2.

Limitações

Ambos os estudos, 1 e 2, apresentam limitações em comum. Uma dessas limitações passa precisamente pela construção das provas psicológicas. Dadas as dificuldades de concentração, atenção, memória e baixa escolaridade de grande percentagem da população alvo houve necessidade de construção de versões reduzidas dos testes. Mesmo após esta redução o que se verificou foi que mesmo assim são várias as queixas que se prendem com o excesso de itens para preencher e na dificuldade em conseguir responder a tudo. Por outro lado, do feedback que se foi tendo por parte dos combatentes, o investimento nas respostas é grande, daí que a demora na conclusão do preenchimento das provas psicológicas seja ainda mais acentuada.

De salientar que muitos dos questionários foram preenchidos pelas mulheres ou pelos filhos, sob resposta, na maioria, dos combatentes, o que pode ter condicionado a sinceridade da resposta dada. Acrescenta-se ainda que muitos dos combatentes que responderam consideram que quem deveria responder ao questionário deveriam ser as mulheres, pois consideram que estas os conhecem melhor que eles mesmo, o que reforça ainda mais o que se tem vindo a verificar na dificuldade de tomada de decisão e forte dependência da companheira.

No caso concreto do segundo estudo, o questionário enviado pela revista coincidiu com a apresentação na mesma, do serviço do CEAMPS e das prestações de serviços que se iriam iniciar. Isto fez com que grande parte dos leitores entendesse que quem deveria responder seria exclusivamente quem tivesse necessidade de recorrer a esses serviços, apesar de vir muito bem explicito que era para todo o militar.

Outra limitação tem a ver com o facto de o acesso à própria revista ser limitado a sócios da Liga dos Combatentes. O que se tem contactado é que cerca de 80% dos questionários recebidos apresentam indicação de alterações psicológicas como consequência da guerra. De uma leitura mais detalhada pode associar-se que um sócio da Liga pode ter à partida uma ligação mais próxima com a vivência da guerra de forma a que a estenda até aos dias de hoje, mais que um que não seja sócio. Porém, poderá haver quem não seja sócio por desconhecimento ou evitamento de tudo o que se relacione com a guerra. Mas pensando que um sócio mantém pelo menos uma ligação até aos dias de hoje, pode ser razão para esta taxa tão elevada, não podendo por isso ser extrapolada em razão igual para a população em geral.

Ao longo do contacto com a população combatente, e em especial com os prisioneiros de guerra, cerca de 10 anos mais velhos, sente-se que este estudo está a decorrer numa corrida veloz contra o tempo. É uma população bastante envelhecida e

com baixa escolaridade que para além das dificuldades em preencher os questionários é urgente o envio rápido dos questionários, o esclarecimento de dúvidas e completar frequentes itens em branco.

Vantagens

A população alvo destes estudos tem características muito específicas. Uma das que se pode salientar é a dificuldade de reconhecer que se precisa de ajuda. É uma população, regra geral habituada a dificuldades mas que foi conseguindo ultrapassar, quando isso não acontece é difícil de reconhecer e aceitar. Neste sentido, o facto de ter sido o CEPI a chegar até aos combatentes fez com que não tivessem de ser estes a ter de formular directamente o seu pedido. Os questionários foram em grande parte utilizados como apelos de auxílio, mas de uma forma “camuflada”, isto é, sob o pretexto de um estudo. Assim a tarefa de chegar a quem mais precisa foi facilitado.

Foram várias as esposas que contactaram sem o conhecimento dos maridos e que através dos questionários, foi possível chegar a eles e em alguns casos prestar algum tipo de apoio.

O trabalho conjunto com a ANPG tem sido fundamental para compreender melhor esta realidade e na ajuda de envio, recepção e esclarecimento de duvidas junto dos prisioneiros de guerra.

Os pacientes que se encontram a ser acompanhados pelo CAMPS, em consultas individuais e de grupo também têm sido uma mais-valia para a obtenção de um número cada vez maior de participantes.

De destacar uma vez mais a enorme vantagem de ter Núcleos espalhados por todo o país que funcionam em rede e canalizam questionários diariamente para o CEPI, ajudando no seu preenchimento e sinalização de casos urgentes.

Pode ainda referir-se que o facto de estes estudos estarem a ser realizados através da Liga dos Combatentes, possibilita o acesso à base de dados de sócios combatentes que de outra forma seria um a tarefa bastante mais dificultada.

Por fim, existe ainda todo um conjunto de teses de Mestrado e de Doutoramento que estão a ser realizadas com o apoio do CEPI e que tornam ainda mais ampla a área de conhecimento dos seus técnicos.

Estudo 3

No âmbito do doutoramento em Psicologia Social a ser desenvolvido por uma aluna mestrada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, sob a orientação científica do Prof. Doutor Joaquim Pires Valentim e do Prof. Doutor Brtjan Doosje pretende-se desenvolver uma pesquisa sobre a guerra colonial para a qual é necessário entrevistar ex-combatentes de nacionalidade portuguesa, com vista a investigar as suas experiências pessoais em contexto de guerra.

Para realizar estas entrevistas foi pedida a colaboração do CEPI no sentido de obter uma amostra de combatentes que estiveram em Angola, Guiné e Moçambique entre 1967 e 1971, estando envolvidos em conflito armado.

Para tal serão realizadas 30 entrevistas clínicas a combatentes deste período da guerra Colonial, dez de cada um dos cenários de guerra, em zona 100%.

As entrevistas clínicas vão ter início em Setembro de 2009 e prevê-se que tenham a duração de 1 hora cada, com base no seguinte guião de entrevista semi-estruturada:

Guião de Entrevista

- Explicar o objectivo do estudo

- Garantias de Confidencialidade e Anonimato

- Variáveis descritivas“variáveis demográficas; em que ex-colónia esteve, qual o período da comissão, especialidade militar, funções.

- Descrever uma situação que o tenha marcado enquanto militatr

- O que sentiu nessa altura
(Quer descrever outro acontecimento? / O que sentiu?)

- Quando foi mobilizado para a guerra qual era a informação existente em Portugal?

- Qual a opinião sobre a guerra:
 - antes de ir;

- quando lá estive;
- ao voltar.

- Qual a sua percepção dos povos das antigas colónias:

- nessa época;
- hoje em dia.

- Qual é a percepção que pensa que os povos das antigas colónias tinham dos portugueses:

- nessa altura;
- no presente.

- Quais as consequências da guerra para:

- o próprio
- Portugal;
- as antigas colónias.

- Qual a opinião sobre o desfecho da guerra?

- No geral, qual a emoção que melhor caracterizou a sua vivência da guerra?
Deseja explicar?

A recolha das entrevistas será coordenada em conjunto e em acompanhamento presencial de um dos técnicos e investigadores do CEPI.

II PARTE

Hospital da Marinha e Centro de Medicina Hiperbárica do HM

História e Caracterização

No início do séc.XVII, em Abril de 1605, D. Filipe III de Espanha manifestou a vontade de que os marinheiros do nosso país deveriam ter à sua disposição instalações hospitalares próprias que em caso de doença permitissem, se necessário tratamento e mesmo internamento. Contudo, só mais tarde com o Infante D. JC VI, no reinado de D. Maria I, é que se pôs em prática essa ideia.

Assim, integrada na política de ressurgimento da Armada do Ministro da Marinha e Ultramar, D. Rodrigo de Sousa Coutinho, e por alvará de Setembro de 1797, assinado pelo então Príncipe Regente, futuro D. JC VI, foi ordenada a construção de um hospital para a Real Armada, nos terrenos do antigo Colégio dos Jesuítas. O projecto é da autoria de Francisco Xavier Fabri, que ficou encarregado de construir um edifício que servisse o Hospital da Armada Real com todas as acomodações necessárias.

Em 1797, o hospital foi provisoriamente instalado em Alcântara, na rua do Olival, contiguamente ao Hospital Militar da corte, cuja direcção pertencia a Inácio Xavier da Silva, físico-mor da Armada. Passados alguns meses, os doentes internados no Hospital da Marinha foram transferidos para o convento dos frades Bernardos, no Desterro, devido às condições precárias das instalações. Este convento passou, então, a funcionar como hospital provisório; no entanto, as suas instalações eram também pouco adequadas para tal. E por isso foi construído um hospital de raiz, aproveitando para tal o velho edifício do antigo Convento dos Jesuítas, também conhecido por Hospício do Paraíso, por estar localizado na rua do Paraíso, em Santa Clara e utilizado pelo estado como asilo de idosos. Este edifício era composto por dois andares (um dos quais era parcialmente subterrâneo), destacando-se a igreja (situada na parte leste), um grande pátio (ao centro) e hortas e terrenos de cultivos (nos terrenos virados para sul).

Os primeiros anos de existência do Hospital da Marinha (HM) não foram fáceis. Devido à época conturbada em que vivia a corte da Casa Real portuguesa (invadida pela armada inglesa e, mais tarde, pela armada francesa), o hospital foi obrigado a

receber os militares das marinhas desses dois países e também os soldados dos seus exércitos, o que se foi tornando um fardo muito pesado para o “pequeno” hospital. De facto, havia apenas um médico Director, dois cirurgiões, um boticário, um administrador e um capelão, tendo de ser assistidos mais de 500 doentes internados

Expulsos os franceses de Portugal, o HM foi colocado sob a dependência da Administração Central dos Hospitais Militares, perdendo assim, grande parte da sua autonomia. Este foi um dos piores períodos de funcionamento do hospital, em que escasseavam os meios técnicos, humanos e materiais, o que reflectia as deficitárias condições financeiras do país.

Em consequência destas vicissitudes e das suas graves repercussões, as obras pararam em 1800, recomeçaram, arrastaram-se, e foi devido ao interesse pessoal do Regente, que várias vezes terá visitado o canteiro de construção, que finalmente o Hospital ficou pronto para receber os seus primeiros doentes, em Janeiro de 1806.

Este novo edifício dispunha já de instalações adequadas às necessidades dos doentes, tendo sido nele também construído um laboratório químico e uma dispensa farmacêutica. As obras realizadas no velho asilo foram praticamente totais, apenas restando o átrio de acesso ao hospital, a escada que dele parte e se dirige ao segundo andar, e alguns azulejos azuis e brancos que decoram os vãos das janelas da farmácia. A escada dá acesso a um amplo átrio (tradicionalmente chamado “Sala do Príncipe”) que constitui a entrada principal do Hospital da Marinha. Esta sala, como está actualmente, foi resultado de várias obras de melhoramento, restando da obra inicial apenas os painéis de azulejo e uma estátua, do príncipe JC VI, patrono do Hospital. A grande igreja foi inteiramente demolida, dando lugar a uma farmácia e, ao fundo, a uma capela e respectiva sacristia (mais tarde removidas e instaladas no segundo andar do hospital).

Em 1816, o HM entrou na normalidade das suas funções. Recuperou a sua autonomia e, pouco a pouco, foi criando novas instalações, tentando manter-se eficiente e dotado de todos os meios possíveis de diagnóstico e terapêuticos necessários ao tratamento dos doentes a seu cargo.

Ao assumir o poder em 1833, D.Pedro IV interessa-se pelo Hospital da Real Armada, e nomeia para seu Director o Chefe dos Serviços de Saúde da expedição liberal que desembarcara no Mindelo, o Dr. Bernardino António Gomes (Filho). Jovem de 27 anos e investido de plenos poderes, inicia uma época marcante na história do Hospital da Marinha, que se estende a toda a Saúde Naval e se propaga ao Serviço

de Saúde do Ultramar. Reúne o primeiro Conselho Administrativo do Hospital da Marinha e abre concurso público para fornecimento de géneros e medicamentos; cria a Junta de Saúde que semanalmente observa os doentes internados e os que são mandados ao Hospital; propõe a criação do Conselho de Saúde Naval, a funcionar no Hospital da Marinha, para organizar e regulamentar toda a Saúde da Armada, impondo que todos os cirurgiões e boticários façam prova das suas habilitações a este Conselho; elabora um novo Regulamento de Saúde Naval, aprovado em Fevereiro de 1835, em que organiza e estabelece o quadro de cirurgiões efectivos da Marinha, bem como os respectivos direitos, deveres, vencimentos, condições de admissão, acesso e reforma e a necessária escala de embarques; elabora a primeira tabela de medicamentos a fornecer aos navios; estuda e propõe o Regulamento de Saúde do Ultramar.

Sucede-lhe na presidência do Conselho de Saúde Naval o Dr. Manuel Maria Rodrigues Bastos, até aí Físico-Mor da Província de Angola, que toma posse do seu novo lugar em Maio de 1856.

O Dr. Rodrigues Bastos começa por propor algumas reformas, nomeadamente no aumento do número de cirurgiões e médicos. Dá particular atenção à enfermagem, propondo o quadro único de enfermeiros para o Hospital, navios e ultramar, estabelecendo a sua graduação, uniforme e vencimentos, e a necessidade de possuírem conhecimentos médico-cirúrgicos por terem de embarcar sozinhos em navios pequenos. Inicia um plano de obras de recuperação e modernização do Hospital e organiza a primeira estatística nosológica, que engloba no seu relatório da Direcção de 1860.

Em 1867, o hospital possuía já uma lotação de 251 camas, distribuídas por 10 enfermarias, 6 quartos para oficiais e 3 para sargentos. Foram instalados a água corrente potável, o aquecimento no balneário e uma lavandaria a vapor.

Em 13 de Agosto de 1896 tem início o primeiro curso de Enfermagem na respectiva escola criada no Hospital da Marinha, e cujo alvará é transmitido em 1979 à actual Escola do Serviço de Saúde Militar. No mesmo ano é inaugurado o Laboratório de Bacteriologia, que é o primeiro a nível nacional.

Entretanto o extraordinário progresso da Medicina leva à diferenciação da prática médica hospitalar com o progressivo aparecimento das especialidades médicas neste hospital. A Cirurgia nasce em 1908, com a sua primeira sala de operações a funcionar em 1910. Um dos seus principais impulsionadores é também nesta data nomeado Director do Hospital. Trata-se do Dr. Botelho de Vasconcelos e

Sá, que imprime ao hospital uma nova dinâmica, moderna e eficaz. Em 1920, oficializaram-se no hospital as primeiras especialidades médicas - Estomatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia. E em 1926 a Dermatologia. O Bloco Operatório foi totalmente remodelado em 1928, passando a dispor de três amplas salas de operações, sendo considerado na altura o melhor do País. Na década de trinta oficializam-se as especialidades de Oftalmologia, a Neuro-Psiquiatria, a Radiologia, a Fisioterapia e as Análises Clínicas. Na mesma altura é criada a Comissão de Assistência aos Tuberculosos da Armada, alguns anos mais tarde relançada pelo Dr. Gualter Marques e pelo Dr. Cardoso Martins, com a introdução em Portugal da vacinação com a B.C.G, posteriormente generalizada aos outros ramos militares e à sociedade civil.

O ano de 1938 marca o início de uma profunda reformulação física do Hospital da Marinha, sob a batuta do Dr. Júlio Gonçalves e do Dr. Emílio Tovar Faro. O Dr. Júlio Gonçalves concebeu e apresentou um modelo de maca para evacuação de doentes de bordo, que ficou conhecida por "Maca Júlio Gonçalves", e que ainda hoje é utilizada nos navios da Armada Portuguesa.

Como Director do Hospital da Marinha e obtida a concordância, e a respectiva comparticipação financeira, do então Ministro da Marinha, Comandante Ortins de Bettencourt, concebe e dirige profundas obras de beneficiação e remodelação do Hospital, algumas das quais ainda hoje perduram, tendo lugar a construção de um segundo andar, que aloja a Junta de Saúde Naval, a Biblioteca, parte da Medicina II, a actual Cirurgia/ortopedia e o Bloco Operatório. Mais tarde, foi renovada a Sala do Príncipe, instalando-se definitivamente o Serviço de Radiologia e o Bloco Operatório foi recuperado.

Também na Anestesiologia foi o Hospital da Marinha pioneiro. O primeiro Serviço com esse nome, a nível nacional, foi criado neste hospital, em 1948, sendo seu primeiro Chefe de Serviço um dos primeiros Assistentes de Anestesiologia dos Hospitais Cíveis de Lisboa, o Dr. Mário Santos, que mais tarde ocupou o cargo de Director do Serviço de Saúde Naval.

Com o desenrolar da guerra nas então províncias ultramarinas, o Hospital torna-se o principal amparo da Saúde Naval e das forças em campanha. A maioria dos médicos deslocados quer nos navios quer nas comissões em terra, partiram dele, bem como o apoio logístico da saúde necessário ao cumprimento da missão das forças navais, é também nele que foram internados e tratados os feridos de guerra e os evacuados por doença.

Na sequência das múltiplas necessidades decorrentes da Guerra do Ultramar, surge uma nova fase de modernização do hospital, que se estendeu por toda a década de 70. Teve então lugar a construção de um bloco de cinco andares, o que aumentou significativamente a capacidade do HM. Esta expansão do edifício permitiu fazer outros melhoramentos importantes tais como a deslocação do Serviço de Radiologia para o piso inferior, a remodelação das consultas externas e da enfermaria de sargentos, a construção de refeitórios para o pessoal e reequipamento das cozinhas.

Em 1972 inicia-se a assistência aos beneficiários da ADMA (Assistência na Doença aos Militares da Armada) que se estende aos seus familiares.

Em 1989 é criado o Centro de Medicina Hiperbárica com a colocação no Hospital de uma nova câmara, de maiores dimensões e com outra capacidade funcional, no seguimento de outras câmaras até então instaladas na Escola de Mergulhadores da Esquadilha de Submarinos. A Medicina Hiperbárica, inicialmente vocacionada para o tratamento de acidentes de mergulho, vai progressivamente adquirindo outras indicações terapêuticas em patologias muito diversificadas, pelo que se tornou necessário a sua instalação numa unidade hospitalar. Desde a sua criação, esteve o Centro de Medicina Hiperbárica aberto à sociedade civil, que hoje representa a maioria esmagadora dos seus utentes. Dispõe desde 1992 de um serviço de urgência, aberto a nível nacional, e funcionando vinte e quatro horas por dia, trezentos e sessenta dias por ano. Importa acrescentar que é o único Centro deste tipo em todo o País, e que muito recentemente organizou as 1^{as} Jornadas de Medicina Hiperbárica realizadas em Portugal, com a participação de ilustres Médicos estrangeiros.

Em 1993, com a iniciativa de técnicos especializados nos Estados Unidos da América, é iniciada no Hospital da Marinha uma actividade de recuperação e reintegração social de toxicodependentes e alcoólicos, utilizando o método "Minnesota". Este projecto, primeiro, levou à constituição de uma unidade de tratamento intensivo de toxicodependentes e alcoólicos "UTITA". Esta unidade, alvo de transferência para outro local fora do Hospital da Marinha, continuou a utilizar os serviços deste hospital na desintoxicação inicial dos adictos.

Em 1995 é criada a Consulta de Psicologia no HM, ainda que englobada na Consulta de Psiquiatria. Em 1996, foram reinstaladas várias consultas, como por exemplo a de Dermatologia, Ginecologia e Delegação 3 do Departamento Farmacêutico, passando também a ser utilizado pelo hospital o Serviço de

Abastecimento. No ano seguinte, foi reinstalada a consulta de Urologia e de Clínica Geral, Plástica e Vascular, tendo também sido enriquecida a área do Serviço de Urgências, passando a incluir uma zona de recobro para doentes em observação. Foram igualmente reformuladas e reequipadas a farmácia Hospitalar e o Departamento Farmacêutico. No ano de 1997 foi estabelecido um protocolo entre a Marinha e o Projecto Vida que previa a colaboração da "UTITA" na recuperação de toxicodependentes civis. E em 1998, foi instalada uma nova Central de Esterilização.

Actualmente, o HM encontra-se a funcionar num edifício em constante adaptação (o que reflecte o avanço a ciência médica actual), dotado de equipamento técnico e humano altamente especializado, capaz de dar assistência a quase todas as especialidades médicas existentes. O HM preenche os principais requisitos da medicina moderna, possuindo laboratórios amplos; salas de observação; refeitórios em condições adequadas; gabinetes de consultas externas e respectivas salas de espera, independentes de outros serviços do hospital; salas de visitas e enfermarias dotadas dos meios de tratamento necessários. Para além do núcleo hospitalar com valências básicas adequadas à prestação de cuidados de saúde, quer aos militares da Armada, quer a familiares e funcionários civis, estão também criadas infra-estruturas destinadas a alojar departamentos altamente diferenciados, como a Câmara Hiperbárica e o Laboratório de Hemodinâmica.

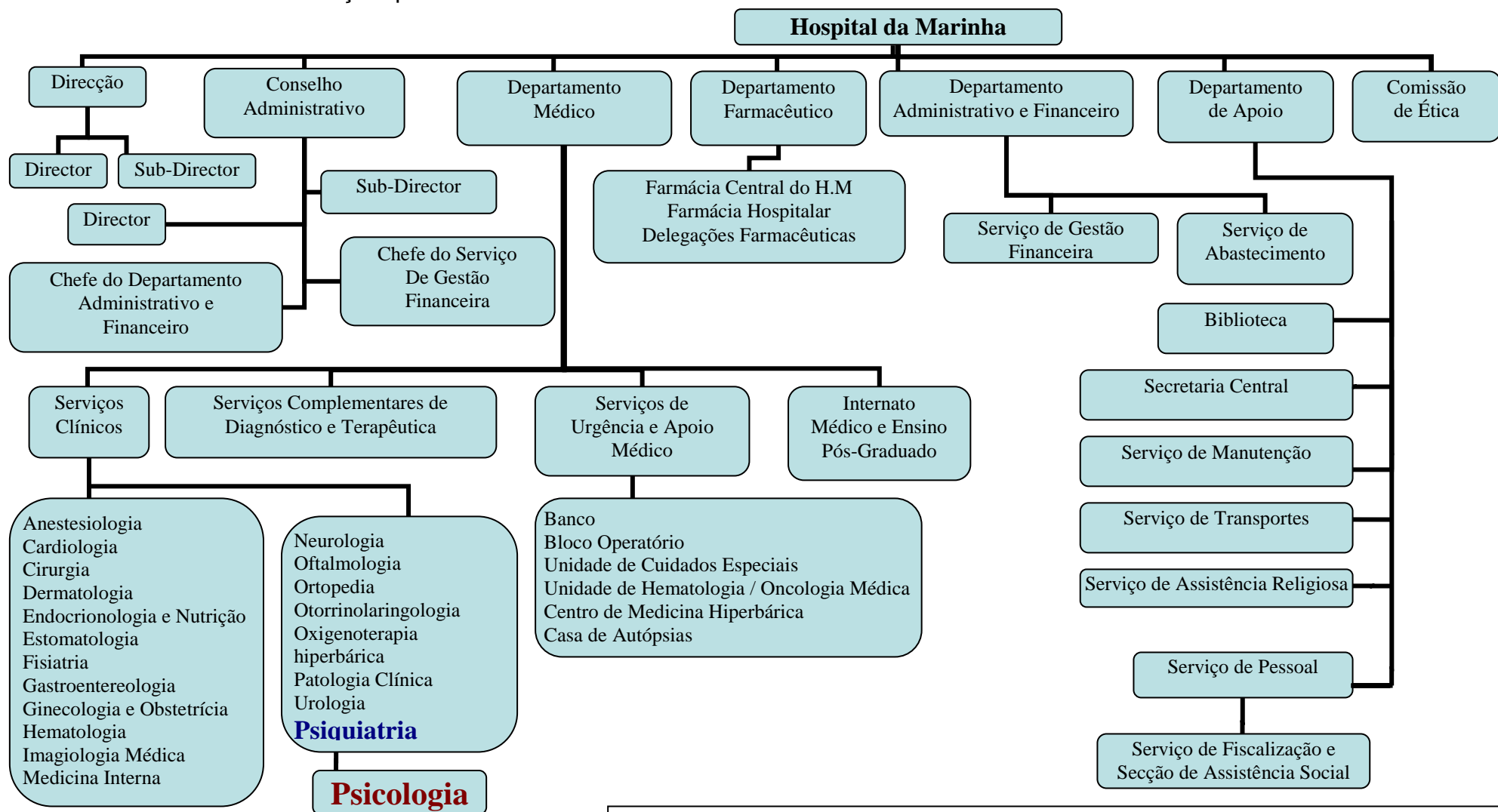
As instalações do hospital têm vindo a ser melhoradas e adaptadas ao progresso da ciência, tendo sido o HM o primeiro a dispor de determinadas especialidades médicas, inexistentes noutras instituições, como por exemplo o Serviço de Bacteriologia, o de Anestesiologia e a Câmara Hiperbárica.

Consciente das suas limitações, o Hospital da Marinha honra-se do cumprimento da missão que lhe está atribuída, a prestação dos cuidados de saúde ao pessoal militar e militarizado da Marinha, no activo, reserva e reforma, e aos seus familiares, bem como aos civis da Marinha e a mais pessoas que a ele recorrem. Atestam o seu trabalho muitos milhares de consultas, de operações cirúrgicas, de análises clínicas, exames radiológicos e outros actos médicos.

Cumprindo a sua missão básica, o HM caminha no sentido da diferenciação técnica e da obtenção de maiores e melhores capacidades, que são a garantia do seu suporte, permanente rejuvenescimento e contínua modernização. No séc. XXI o Hospital da Marinha continuará a garantir a sanidade e operacionalidade dos efectivos da Marinha, sua missão primordial, e a sua capacidade restante continuará ao serviço dos Portugueses.

Estrutura do Hospital da Marinha

O Hospital da Marinha trata-se de uma instituição militar em que existe uma hierarquia bastante definida e organizada. O Organigrama que se segue reflecte os vários departamentos do Hospital da Marinha e a forma como se intercorrelacionam entre si e os vários serviços que se lhe encontram associados.



Organigrama 1 – Representação da organização dos vários Departamentos e Serviços do Hospital da Marinha.

Departamentos e Serviços do HM

- **Direcção**

Ao **Director do Serviço de Saúde** compete:

- *garantir a assistência e prestação de cuidados de saúde* a militares da Armada Portuguesa e respectivos familiares que beneficiem da assistência médica ADMA (Assistência na Doença aos Militares da Armada); ao pessoal militar do Exército e da Força Aérea, bem como aos seus familiares e ao pessoal civil que presta serviço na Marinha

- *assegurar o ensino pré e pós-graduado* a médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, bem como a outros profissionais na área da prestação de cuidados de saúde durante os estágios;

- *garantir a obtenção e armazenamento de equipamento* sanitário, equipamento médico e produtos farmacológicos, assegurando o seu fornecimento aos órgãos e serviços da Marinha;

- *prestar assistência médica e de enfermagem*, tal como de outros cuidados de saúde necessários.

- **Director do HM**

É a entidade máxima na instituição, subordinada directamente ao director do Serviço de Saúde. Trata-se de um Oficial Superior da classe dos médicos navais (normalmente um Capitão-de-Mar-e-Guerra), a quem compete planear, organizar, dirigir e controlar as actividades do hospital.

- **Subdirector**

Com o posto de Capitão-de-Mar-e-Guerra ou Capitão-de-Fragata, também da classe dos médicos navais. Substitui o director na sua ausência e tem como principal função assegurar a coordenação entre os departamentos e serviços;

- **Conselho Administrativo**

É um órgão deliberativo em matéria de gestão financeira e patrimonial, ao qual compete promover propostas orçamentais; desenvolver e elaborar planos financeiros; autorizar certas despesas e aquisições indispensáveis ao bom funcionamento do HM em termos de estudos, obras ou serviços; coordenar a organização da conta anual de gerência e proceder à sua aprovação; autorizar actos de aquisição e administração relativos ao património; promover a venda de material desnecessário e a arrecadação de receitas, bem como fiscalização da estruturação da contabilidade, em termos de despesas e receitas.

- **Departamento Administrativo e Financeiro**

Trata-se de um órgão responsável pelos planos de actividades do hospital, analisando-os do ponto de vista económico e financeiro, de acordo com os objectivos definidos anteriormente. Este departamento tem como principais funções a manutenção de todos os serviços financeiros do HM; a obtenção, compilação, tratamento e arquivo de informação e documentação de natureza financeira e contabilística, para avaliação sistemática da situação económico-financeira e cumprimento das obrigações legalmente estabelecidas; garantia do planeamento, coordenação e execução das actividades relativas à obtenção, recepção, armazenamento e distribuição dos equipamentos, materiais e bens necessários ao funcionamento dos serviços, bem como a sua respectiva contabilização e inventariação, e elaboração de relatórios de gestão periódicos.

Este departamento encontra-se responsável pela gestão de dois serviços:

- *Serviço de Gestão Financeira* – tem como principais funções são processar todas as despesas de encargos com a saúde resultantes da execução do orçamento (quer ligadas aos serviços clínicos do Hospital, quer ligadas aos órgãos e serviços da Marinha);
- *Serviço de Abastecimento* – responsável pela gestão de sectores específicos no seio do Hospital, tais como a *secção de alimentação* (relacionada com a preparação dos géneros alimentícios para confecção, e com a conservação dos utensílios e instalações dedicadas à confecção e distribuição das refeições), a *secção de apósitos e material cirúrgico* (diz respeito ao

armazenamento de artigos considerados desnecessários, desactualizados ou inúteis e ao abastecimento dos departamentos médico e farmacêutico), a *secção de controlo patrimonial* (responsável pelo controlo e contabilização de todo o material, bem como das suas movimentações internas e externas), a *secção geral* (responsável pelas áreas de barbearia, lavandaria, cantinas e bares) e a *secção de obtenção* (relacionada com a gestão de aquisição de bens e serviços).

- **Departamento Médico**

Dirigido por um Capitão-de-mar-e-guerra ou Capitão-de-fragata da classe dos médicos navais, que é o mais antigo a seguir ao subdirector, e a quem compete coordenar todas as actividades hospitalares no âmbito da clínica e os serviços complementares de diagnóstico, bem como dar apoio e formação médica. É constituído pelos seguintes serviços, que estão interligados:

- Serviços Clínicos - que estão organizados por especialidades médicas que compreendem *Anestesiologia e Reanimação, Cardiologia, Cirurgia, Dermatologia, Endocrinologia e Nutrição, Fisioterapia, Gastrenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Imagiologia Médica, Medicina Interna, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologista, Oxigenoterapia Hiperbárica, Patologia Clínica, Pneumologia, Psiquiatria, e Psicologia e Urologia;*
- Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, que são responsáveis pela realização dos exames de diagnóstico complementares, sendo responsáveis pelos tratamentos, relatórios dos exames efectuados e pareceres ou outras informações respeitantes aos respectivos doentes do serviço;
- Serviços de Urgência e Apoio Médico que compreendem o *Banco de Urgência, o Bloco Operatório, a Unidade de Cuidados Especiais, a Unidade de Hematologia Clínica/Oncologia Médica, também denominada de Hospital de Dia, o Centro de Medicina Hiperbárica, a Casa de Autópsias e o Internato Médico e Ensino pós-graduado*

- **Departamento Farmacêutico,**

É dirigido por um oficial superior da classe de médicos farmacêuticos navais, tem como principais funções controlar e coordenar o funcionamento da farmácia central, farmácia hospitalar e delegações farmacêuticas; orientar a actividade de todo o departamento; zelar pelo cumprimento das disposições legais em vigor sobre medicamentos em geral e, em particular, sobre estupefacientes e psicotrópicos; propor a aquisição de medicamentos e outros materiais necessários para o bom ou melhor funcionamento dos serviços. Este departamento é constituído pela Farmácia Hospitalar e por uma Delegação Farmacêutica.

- **Departamento de Apoio**

Dirigido por um subdirector que coordena as actividades dos serviços do departamento, em regime de acumulação de funções. A este departamento compete coordenar a actividade inerente à gestão do pessoal militar e civil que presta serviço no HM; propor a aquisição de documentação técnica, bem como divulgar os trabalhos técnicos realizados no hospital; processar a correspondência do Hospital e assegurar os transportes necessários ao HM. Este departamento compreende:

- Serviço de Pessoal, que está incumbido de efectuar o serviço relacionado com a admissão, formação, promoção, movimentação e actividade do pessoal militar e civil a prestar serviço no Hospital;

- Secretaria Central, cujas funções são assegurar o tráfego e o processamento das mensagens recebidas e transmitidas; registar, classificar e processar a documentação endereçada ao HM, bem como assegurar a sua distribuição interna, expedir a correspondência oficial; e gerir o arquivo central;

- Serviço de Manutenção, cujas funções são assegurar o fornecimento de gás, electricidade e água, respectivos materiais e equipamentos; manter as infra-estruturas do HM e propor obras de conservação ou alterações necessárias; manter o sistema de comunicações internas do HM; coordenar a actividade de limitação de avarias; assegurar a manutenção de toda a aparelhagem médica, eléctrica e electrónica; estabelecer normas de operação e de manutenção da instalação e equipamentos a seu cargo; e manter as comunicações externas do HM efectuadas através das redes telefónicas existentes;

- Serviço de Transportes, que elabora o planeamento de utilização de viaturas; assegura os transportes necessários ao funcionamento do Hospital; e efectua a manutenção das viaturas do parque automóvel do HM;
- Serviço de Assistência Religiosa, que é constituído por um capelão, tendo como principais funções promover assistência espiritual aos doentes e ao pessoal em serviço no hospital, quando solicitado por um familiar ou autorizado pelo Director; visitar com frequência os doentes internados; administrar os sacramentos e celebrar ou promover a celebração de actos de culto, em conformidade com a lei canónica; propor e promover, quando autorizado, a realização de actividades culturais ou recreativas em favor dos pacientes ou do pessoal em serviço no HM; celebrar a Missa Exequial; e acompanhar os funerais saídos da Casa mortuária, para a celebração de actos litúrgicos, até aos cemitérios;
- Biblioteca, que tem como principais tarefas propor a aquisição de livros, revistas e outros documentos que atendam à valorização e actualização técnica do pessoal no HM e dos doentes internados; fomentar a difusão de trabalhos de investigação que se tenham realizado no âmbito do HM; assegurar a aquisição, a conservação e catalogação das publicações, bem como propor o estabelecimento de ligações com os outros centros médicos, universidades e organismos técnicos para o intercâmbio de publicações.

Funcionamento do Hospital da Marinha

O HM assegura, através de uma equipa diária (baseada nas actividades de urgência e cuidados desempenhados pelo pessoal interveniente nos serviços atrás mencionados), a assistência médica e de enfermagem permanentes. Esta assistência é levada a cabo por três serviços principais.

- Serviço Diário que é assegurado pelos enfermeiros do serviço e pelo médico de dia cujas competências fundamentais são observar e garantir a prestação dos cuidados necessários aos doentes, que ocorrem ao Banco de Urgência do Hospital e aos doentes que se encontram internados ou em regime de ambulatório; distribuir os doentes que se encontram para internamento, pelos quartos ou enfermarias adequadas; escalar o pessoal para o serviço de chamada; assegurar a remoção dos corpos, em caso de óbitos; e garantir o exercício das incumbências do oficial de dia nas unidades terra quando aplicável;
- Serviço de Permanência (a enfermarias ou quartos) que é assegurado pelo pessoal de enfermagem, auxiliares de acção médica e técnicos de diagnóstico e de terapêutica. Este serviço garante também a assistência e a prestação de cuidados médicos prescritos;
- Serviço de Chamadas que é assegurado por um médico interno, um cirurgião geral e restante grupo do bloco operatório; um anestesista, um enfermeiro instrumentista, um radiologista e um técnico de diagnóstico, um patologista clínico e um técnico de laboratório e análises clínicas, um farmacêutico e um médico de cada especialidade. Este serviço está incumbido de actuar em casos clínicos urgentes, sempre que convocado pelo médico de dia.

Enfermarias

Os pacientes são admitidos para internamento nas enfermarias sempre que assim se julgue pertinente por parte de qualquer um dos serviços do hospital ou ainda através do serviço de Urgências.

No caso particular das Enfermarias de Medicina 2 e 3, os pacientes vêm transferidos do Hospital de São José, transferência essa sustentada por um protocolo estabelecido entre os dois hospitais.

Neste momento, o acordo estabelecido com o Hospital de São José foi terminado contudo, uma vez que ainda durante o estágio tive contacto e efectuei serviço de triagem nestas enfermarias, irão constar no presente relatório de estágio.

São seis as Enfermarias do HM. Todas elas funcionam em regime de turnos de enfermeiros e auxiliares (com horário de funcionamento de vinte e quatro horas por dia), sendo a distribuição dos doentes pelas diferentes enfermarias feita de acordo com a sua patologia. Estão destinadas ao diagnóstico, tratamento e recuperação de sujeitos, sempre que o regime de ambulatório não seja possível, garantindo a observação e vigilância permanentes e prestação dos cuidados necessários e adequados a cada doente, que englobam os cuidados de higiene, alimentação, medicação e tratamento.

As Enfermarias são: a de familiares; Cirurgia/Ortopedia; Cuidados Especiais (UCE); Medicina 1, Medicina 2 e Psiquiatria.

O Serviço de Psicologia

Englobado no Serviço de Psiquiatria

Desde Março de 1994 que se iniciou o Serviço de Psicologia Clínica no Hospital da Marinha.

Surgiu, na altura, como um serviço associado à especialidade de Psiquiatria, mantendo-se actualmente essa ligação (como se pode observar pelo Organigrama da página 14).

Este novo serviço emerge da necessidade de dar resposta aos constantes pedidos de avaliação psicológica e acompanhamento que eram dirigidos ao serviço de Psiquiatria e, que eram colmatados através do recurso a empresas externas à Marinha.

Neste sentido deram entrada, em 1993, para formação militar, dois licenciados em Psicologia, destinados à integração nos quadros da Marinha.

O serviço de Psicologia encontra-se então associado ao de Psiquiatria, dando resposta a pedidos de avaliações e acompanhamentos psicológicos.

É ainda ao serviço de Psiquiatria que cabe a responsabilidade de efectuar, organizar e gerir os internamentos psiquiátricos inseridos na Enfermaria de Medicina 1. A equipa de Psiquiatria actual é constituída por:

- Dr. Mateus (Psiquiatra militar, Chefe do Serviço de Psiquiatria e Psicologia);
- Dr. Manuel dos Santos (Psiquiatra civil)
- Dra. Manuela Pinho (Psiquiatra civil)

Localização

O Serviço de Psicologia do HM encontra-se
localizado no 4º piso.

Estruturalmente o Departamento de Psicologia é constituído por:

- Três Consultórios



Figura 1 – Consultório da Dra. Sandra Henriques (Psicóloga clínica, Chefe do serviço de Psicologia do Hospital da Marinha).



Figura 2 – Consultório da Dra. Sónia (Psicóloga clínica do Hospital da Marinha).



Imagem 3 – Consultório facultado aos estagiários do Serviço de Psicologia.

- Uma sala de trabalhos



Imagem 4 – A chamada “*sala do computador*”, onde se encontra o material clínico utilizado e se realiza todo o trabalho extra-consulta.

- Uma Sala de espera



Imagem 6- Local onde os pacientes aguardam a consulta.

Existem ainda, no espaço do Serviço de Psicologia: um vestiário, três casas de banho e uma divisão destinada à arquivagem.

A Equipa de Psicologia

Da equipa permanente do Serviço de Psicologia do Hospital da Marinha fazem parte:

- Dra. Sandra Henriques – Psicóloga clínica militar e Coordenadora do Serviço (1º Tenente) e

- Dra. Sónia Teodoro – Psicóloga clínica militar (2º Tenente).

Todos os anos são aceites de 3 a 4 estagiários no serviço. Regra geral, dois estagiários são curriculares e os outros dois profissionais.

Contudo, neste ano lectivo (2006/2007), as quatro estagiárias seleccionadas são todas alunas do último ano da licenciatura de Psicologia clínica, isto é, efectuem o seu estágio curricular. Para além de mim, foram integradas na equipa, a Carolina, a Isa e a Rita.



*A equipa de Psicologia 2006/2007.
Da esquerda para a direita: Dra. Sónia
Teodoro, Rita, Dra. Sandra Henriques,
Carolina, Martina e Isa.*

Horário

O Serviço de Psicologia tem as primeiras consultas às segundas e quartas-feiras.

A marcação das consultas é efectuada na recepção do hospital, destinada a esse fim para todas as especialidades do HM. Aqui encontra-se uma agenda para as consultas de psicologia, onde são agendadas as primeiras consultas. Regra geral, todas as semanas, um dos elementos da equipa do Serviço de Psicologia copia as consultas agendadas para a agenda que se encontra no Departamento de psicologia.

Os tempos de espera, relativamente a esta consulta são variáveis, até porque dependem da afluência dos pedidos.

Depois da primeira consulta, o horário das sessões seguintes será acordado entre o paciente e a psicóloga, podendo abranger qualquer dia útil da semana.

Marcação de Consulta

O paciente pode chegar à consulta de Psicologia clínica de três formas distintas:

- **Marcação de consulta externa (pelo próprio):** quando o paciente por sua iniciativa entra em contacto com o hospital da Marinha no sentido de obter uma consulta da especialidade.
- **Encaminhamento:** sempre que o paciente vem à consulta por indicação de um outro técnico de saúde. De uma forma mais frequente a iniciativa parte dos serviços de psiquiatria e neurologia. Pode vir também por indicação de um técnico de saúde de qualquer uma das unidades da Marinha. Nestes casos, normalmente o paciente faz-se acompanhar de uma carta destinada à

psicóloga, no sentido de o técnico que encaminha poder esclarecer um pouco do que se trata ou do tipo de avaliação pretendido.

- **Pedido de Observação (ANEXO I):** aquando de internamento numa das enfermarias do HM pode ser feito um pedido no sentido de um determinado paciente ser observado por um psicólogo a fim de efectuar uma triagem que possa determinar um possível apoio.
- **Triagem às enfermarias:** trata-se de uma das actividades desenvolvidas durante o estágio (que será descrita mais à frente). Tem por finalidade a observação por parte de um psicólogo dos pacientes internados nas várias enfermarias, visando, como o próprio nome indica, fazer uma triagem dos pacientes que possam necessitar de acompanhamento.

Actividades Desenvolvidas

Tipos de Consulta

São vários os tipos de consultas que podem ser efectuadas pelo Serviço de Psicologia do HM:

- Acompanhamento Psicológico

Acompanhamento prestado a pacientes encaminhados por outros serviços e/ou unidades da Marinha; pacientes das enfermarias (assinalados através da triagem); pacientes que tenham realizado uma avaliação psicológica e que se julgou pertinente o seu acompanhamento; pacientes por marcação externa ou ainda resultantes de pedidos de observação por parte de técnicos de saúde das enfermarias.

- Triagem Enfermarias:

Sempre que possível os vários elementos da equipa de psicologia fazem uma triagem pelas diversas enfermarias do hospital.

O principal objectivo passa por observar os pacientes de modo a verificar o estado psíquico dos doentes.

Para tal, existe uma *Folha de Observação* (Anexo II) que contem alguns dos aspectos a ter em conta na triagem e que podem auxiliar na altura da avaliação.

Desta observação resulta que alguns pacientes possam necessitar de um apoio mais imediato, muitas vezes associado a estados patológicos transitórios, mas outras vezes pode existir a necessidade de um apoio e acompanhamento mais continuado (como por exemplo, em casos de doentes terminais, internamentos prolongados, estados depressivos, etc.). Neste sentido, o apoio prestado pode ser feito no quarto da enfermaria de internamento ou se possível, e caso o tempo de internamento assim o justifique, podem ser agendadas consultas no próprio serviço de psicologia.

Sempre que um determinado paciente é observado é aberto o seu processo no serviço de psicologia e registado o estado psicológico do mesmo no registo clínico do seu processo da enfermaria.

- Acompanhamento Enfermarias

O acompanhamento psicológico dos pacientes pode ser garantido pelo psicólogo na própria enfermaria. Geralmente este tipo de acompanhamento acontece em casos de pacientes que cujo tempo de internamento assim o justifique; pacientes com dificuldades de locomoção ou acamados; pacientes em fase terminal; entre outros.

- Avaliação Psicológica

Sempre que se realiza uma avaliação psicológica é primeiramente efectuada uma entrevista clínica. Esta entrevista irá permitir ter uma ideia global da problemática e facilitar a escolha dos testes e provas psicológicas que melhor se adequam às dificuldades apresentadas pelo paciente e ao parecer do psicólogo.

Podem ter uma duração máxima de aproximadamente três horas sendo que sempre que for necessário mais tempo, ou o paciente se encontre cansado, a restante avaliação é agendada para outro dia.

Depois de realizada a avaliação, é efectuado um relatório (Anexo III) onde se registam as principais problemáticas e queixas do paciente e, o resultado de cada uma das provas aplicadas. Por fim, o relatório apresenta ainda, uma breve conclusão onde se tenta, com base na entrevista clínica e nos resultados dos testes, apontar uma provável direcção de diagnóstico.

Este relatório será impresso em duplicado, sendo um deles colocado no processo do indivíduo, juntamente com os testes efectuados, e a sua cópia enviada para o Serviço que solicitou o pedido.

Cada relatório é assinado pela estagiária que o elabora, se assim for o caso, e por uma das psicólogas clínicas do serviço. O relatório que é enviado para o serviço que o pediu será entregue em mãos e assinado o Livro de Registo de entregas.

a) Avaliação Geral:

Como já se referiu, uma avaliação psicológica pode ser pedida por diferentes serviços e/ ou unidades da Marinha, visando diferentes objectivos. De uma forma geral, são realizadas avaliações a fim de:

- Verificar se o paciente reúne as condições necessárias a determinado posto de trabalho,
- Pedidos de reforma ou passagem à reserva,
- Processos de averiguação,
- Auxiliar na clarificação de um diagnóstico diferencial;
- Sustentar determinado parecer clínico;
- etc.

b) Avaliação Modelo₂:

Este tipo de avaliação é direccionada para casos de Stress Pós traumático de Guerra. É um tipo de avaliação mais resumida, uma vez que será integrado numa avaliação mais global, que envolve outras especialidades médicas.

De acordo com o Decreto-Lei nº 50/2000 (Anexo IV) deverá ser elaborado um relatório Médico/Modelo, com o parecer do psicólogo em relação ao paciente avaliado.

Este tipo de avaliação tem um conjunto de provas pré-estabelecidas, embora com carácter flexível sempre que assim se julgue necessário. Apenas a parte correspondente aos Exames Complementares é preenchida pelo Serviço de Psicologia.

Os Testes Psicológicos mais utilizados no HM

É bastante diversificada a gama de testes e provas psicológicas de que dispõe o Serviço de Psicologia do Hospital da Marinha. Também neste aspecto, este estágio se tratou de uma experiência bastante enriquecedora, pois tive oportunidade de contactar com provas que não conhecia e a possibilidade de trabalhar com outras de que apenas tinha conhecimento teórico.

De entre outros testes psicológicos existentes, os mais utilizados são:

- TAT
- Rorschach
- Escala de Inteligência de Wescheler para adultos (WAIS)
- Matrizes Progressivas de Raven
- Escala de Memória de Weschler (EMW)
- Toulouse Pierón
- Symptom Check List (SCL-90-R)
- MMPI (Mini Mult)
- Inventário de Depressão de Beck (BDI)
- Inventário de Ansiedade Estado- Traço (STAI)
- Inventário Clínico de Millon (MCMI- II)

As provas aplicadas no trabalho desenvolvido relativamente à *Influência da Oxigenoterapia Hiperbárica nas funções neuropsicológicas de intoxicados com monóxido de carbono, foram as seguintes:*

- *Toulouse Pierón*
- *Escala C10 de memória de Luria*
- *Séries de Luria*
- *Escala de Depressão Geriátrica*

- *Escala C10 de Memória de Luria-Nebraska*

A Escala de Memória de Luria é uma das escalas clínicas da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria.

Esta escala é constituída por 13 itens que despistam a memória imediata, verbal e não -verbal, com e sem interferência.

A escala começa com a aprendizagem de uma lista de sete palavras seguida por memória pictórica com e sem intervalo de tempo.

A memória visual, táctil e rítmica imediata são avaliadas, tal como a memória visual e verbal.

Esta escala é também constituída por aprendizagem de listas de palavras e frases com interferência.

Um dos itens envolve a evocação (recalling) de um parágrafo.

O último item examina a memória verbal formada através de pistas visuais utilizando uma lista de sete itens emparelhados (palavra-desenho).

Normas de Aplicação

As normas de aplicação estão descritas no próprio protocolo da prova.

- *Séries de Luria*

Estas séries foram inicialmente descritas pelo próprio Luria (1979), como provas gráficas de avaliação dos processos motores. Apesar desta prova basear-se numa tarefa simples, apresenta uma grande sensibilidade para despistar alterações pré-fontais (Luria, 1966; cit. por Maia 2006).

Normas de Aplicação

Duas séries distintas: uma classificada como de dificuldade fácil (1) e uma segunda de dificuldade difícil (2).

1. Numa folha de papel em branco, o aplicador começa por exemplificar com um ensaio, a série 1 (fácil).
2. Pede-se à pessoa que reproduza o mesmo padrão em sequências repetitivas, até que lhe seja dito para terminar.
3. Após a reprodução da série 1 pelo examinando, exemplifica-se com um ensaio, a série 2 (difícil). Pede-se à pessoa que reproduza o mesmo padrão em sequências repetitivas, até que lhe seja dito para terminar.
4. A reprodução do examinando em cada série decorrerá ao longo de 60 segundos, cronometrados pelo aplicador.

Nota: Só quando ficar claro para a pessoa que se pretende que reproduza o mesmo padrão, é que este iniciará.

- ***EDG-15- Escala de Depressão Geriátrica- versão reduzida***

A Escala de Depressão Geriátrica foi utilizada com o objectivo de avaliar níveis de sintomatologia depressiva, uma vez que a depressão, e de uma forma mais global, os distúrbios de humor, apresentam-se em grande co-morbilidade com diversas patologias neurológicas.

A Escala Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreio de depressão em idosos.

Diversos estudos mostraram que esta escala oferece medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al (1983; cit. por Paradela, Lourenço, & Veras 2005), a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida

especialmente para o rastreio dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. É composta por perguntas fáceis de serem entendidas; tem pouca variabilidade nas possibilidades de respostas e pode ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

Neste estudo utiliza-se a EDG com 15 itens (EDG-15) que é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh & Yesavage¹⁵ (1986; cit. por Paradela, Lourenço, & Veras 2005), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreio dos transtornos do humor em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor.

Normas de Aplicação

3. Pede-se à pessoa que escolha a resposta (sim ou não) que melhor define como se tem sentido na última semana
4. A resposta deve ser assinalada com um círculo

Supervisão

A supervisão do estágio é da responsabilidade da Dra. Sandra Henriques. Todas as quintas-feiras são destinadas a reunião do serviço. Esta reunião permite expor os casos clínicos acompanhados, quais as metodologias mais adequadas, esclarecimento de dúvidas, orientação de acompanhamento, partilha de angústias, entre outros.

Trata-se de um momento, que particularmente valorizo bastante, pois permite ver diferentes perspectivas e aprender sempre um pouco mais. O clima descontraído, colaborante e de aceitação facilita a aprendizagem e o crescimento, não só profissional como pessoal.

Para além deste dia específico, a Dra. Sandra Henriques mostrou-se sempre disponível para o esclarecimento e auxílio em qualquer dúvida/angústia manifestada.

A Primeira Consulta

As primeiras consultas, numa fase inicial do estágio foram realizadas pela Dra. Sandra Henriques e pela Dra. Sónia Teodoro, assumindo as estagiárias um papel de observadoras da consulta. Aos poucos fomos ganhando um papel mais participativo até que acabaram por se inverter um pouco os papéis: a primeira consulta era realizada por uma das estagiárias e observada por uma das psicólogas clínicas.

Às segundas-feiras as primeiras consultas são da responsabilidade da Dra. Sónia Teodoro e, às quartas-feiras é a Dra. Sandra Henriques a responsável.

Independentemente do tipo de consulta efectuada, sempre que um paciente é atendido a primeira vez pelo serviço de Psicologia do HM, existe um conjunto de procedimentos a cumprir:

1. Capa de Processo

Capa onde se encontram algumas informações breves referentes ao paciente: nome, posto, classe, data das consultas, número de processo, assunto e observações úteis.

2. Folha 1ª consulta

Também chamada Folha de Triagem, permite a obtenção de outros dados pessoais relevantes, tal como um seguimento semi-estruturado da entrevista clínica. Permite ainda a esquematização das problemáticas apresentadas e a elaboração do Genograma familiar.

3. Folha de Observações

Folhas onde se registam algumas informações úteis durante as consultas, ou após estas.

4. Dossier Registo de Consultas

Sempre que é realizada uma primeira consulta, terá de ser aberto o processo respectivo. Este registo é feito a cor azul caso se trate de uma primeira consulta e a verde se for referente a uma reabertura de processo.

5. Registo SNS

No final de cada consulta é entregue uma folha SNS ao paciente para que este a assine.

6. Guia (do paciente)

Por vezes, os pacientes fazem-se acompanhar de uma *guia*, isto é, de uma folha na qual é registada a hora e local da consulta, sendo ainda assinada pela psicóloga e registada a próxima consulta.

7. Estatística

Para cada mês é feita a estatística do número de pacientes e de consultas dadas por cada um. A estatística das consultas efectuadas encontra-se dividida relativamente aos militares no Activo, na Reforma/Reserva, Familiares e Outros.

O Papel do Psicólogo Clínico no HM

São várias as funções requeridas a um psicólogo clínico no Hospital da Marinha:

1- A realização de *Avaliações Psicológicas*- como em qualquer outra avaliação psicológica, o que se pretende é compreender a origem sintomática referida, visando a compreensão do funcionamento global do sujeito, avaliando a eventual existência de psicopatologia.

Esta função exige o domínio de técnicas de entrevista clínica que permitam a obtenção de informação significativa e relevante, podendo ser complementada com resultados de testes e provas aplicados.

Por sua vez, aplicação destes testes implica que se tenha um conhecimento não só acerca do seu conteúdo e área de aplicação, como também de interpretação dos seus resultados (cotação e interpretação) e técnicas de aplicação. Desta forma será possível, adequar os testes à problemática apresentada e o caminho para o estabelecimento de um diagnóstico clínico será facilitado. Como já foi referido anteriormente, as avaliações podem ter diferentes finalidades, podendo ser de âmbito mais abrangente a diferentes situações (por exemplo, adequação das capacidades a determinado posto de trabalho), neurológico ou tipo Modelo₂.

- Acompanhamento psicológico: que pode advir de uma avaliação psicológica, do encaminhamento do indivíduo de outros serviços existentes no HM para a Consulta de Psicologia ou da iniciativa própria do indivíduo ou dos seus familiares. Este tipo de acompanhamentos tem por base a Psicoterapia de Apoio, sendo esperado que o psicólogo adopte essencialmente uma postura de suporte e contenção, procurando igualmente criar, em conjunto com o paciente, estratégias de intervenção psicológica para diminuir, aliviar, e até extinguir o sofrimento do indivíduo, de modo a que o indivíduo volte ao funcionamento anterior ao seu sofrimento.

-Triagem nas Enfermarias: pretende-se que todos os pacientes passassem por uma triagem psicológica, em que de uma forma geral, tendo em conta a situação de vulnerabilidade em que se encontram. Para os pacientes que se julgue adequado, tentar sempre que possível, promover o ajustamento e adaptação à doença física, procurando diminuir o stress emocional e angústia associados à situação de estar

internado e aos motivos que o levaram a estar internado, otimizando/fortalecendo as defesas do doente internado.

- Reuniões de Serviço: em que se espera que o psicólogo desenvolva capacidade de síntese dos casos clínicos trabalhados, clarificação dos mesmos, compreensão das áreas problemáticas, capacidade de exposição aos outros dos seus casos, delineamento de estratégias de intervenção, aptidão de interação e participação nos casos clínicos dos colegas e na melhor forma da sua condução.

- Formação: no âmbito do trabalho sobre a “*Influência da Oxigenoterapia Hiperbárica nas funções neuropsicológicas (atenção, concentração e memória) de intoxicados com monóxido de carbono*”, foi necessária a realização de sessões de formação. Essas sessões de formação eram dirigidas a médicos, enfermeiros e técnicos do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha. Esta actividade exigiu por parte dos psicólogos a capacidade de formação de técnicos de áreas distintas, capacitando-os para a aplicação de provas neuropsicológicas. Capacidades de exposição, expressão verbal, clareza, esclarecimento de dúvidas, transmissão de informação e adequação de linguagem técnica específica.

De uma forma resumida, o que se pode esperar de um psicólogo clínico no Hospital da Marinha é:

- Realização de avaliações psicológicas, que conduzam à elaboração de diagnósticos diferenciais e que permitam aceder ao funcionamento global do indivíduo;

- Apoio e acompanhamento psicológico aos doentes externos e em regime de internamento, ajudando-os a desenvolver atitudes e comportamentos que visem a promoção e manutenção do seu bem-estar psicológico, bem como otimizar estratégias de adaptação psicossocial à doença, ao sofrimento e a procedimentos médicos geradores de stress;

- Participação nas reuniões de discussão e supervisão dos casos clínicos;

- Promoção da manutenção da saúde mental e bem-estar psicológico, e a qualidade de vida, quer dos indivíduos internados, como dos militares ou seus familiares, que por várias razões sejam encaminhados para o psicólogo;

- Informar e formar os técnicos de saúde sobre os aspectos psicológicos envolvidos na manutenção da saúde, bem como na prevenção e tratamento da doença através da sua participação nas reuniões clínicas do Hospital.

- Interação saudável e interdisciplinar com outros serviços, em especial a psiquiatria.

- Capacidade de exposição e adequação da linguagem referente a termos técnicos e do âmbito da psicologia, a outros técnicos (como por exemplo, aquando de formações).

Intervenção Psicológica

Caso Prático INT1

Perturbação de Personalidade Borderline

As perturbações da personalidade são classificadas como perturbações psiquiátricas, caracterizadas por um padrão crónico de experiências e comportamentos internos que são inflexíveis e que podem ser apresentados perante diferentes situações. Neste sentido, este tipo de perturbações tem um impacto profundo e negativo em quase todas as áreas de vida do indivíduo, principalmente, no campo dos relacionamentos interpessoais, sociais, ocupacionais/profissionais, bem como no âmbito da intervenção e reabilitação médica (Dowson, 1995; Dal’Pizol, Lima, Ferreira, Martins, Correia, *et al*, 2003 e Ward, 2004).

Esta ideia é confirmada por Terreno e Sampaio (2000), que afirmam que os indivíduos com perturbações da personalidade exibem um padrão duradouro de experiências próprias e de comportamento acentuadamente diferentes do que seria de esperar na cultura em que se inserem. Estes padrões são inflexíveis e evidenciam-se em toda uma ampla gama de situações pessoais, levando a significativos desconfortos clínicos ou incapacidades sociais, profissionais e em outras áreas de acção importantes.

Conclui-se, deste modo, que os indivíduos com graves perturbações de personalidade têm grande dificuldade em estabelecer e manter relações sociais adequadas, devido à sua labilidade emocional e ao seu comportamento impulsivo. Neste grupo de perturbações incluem-se indivíduos com perturbações *borderline* da personalidade, anti-sociais, histriónicas e narcísicas (Kisely, 1999, citado por Terreno e Sampaio, 2000; DSM-IV TR, 2000; Fauman, 2002; Kaplan, Saddock, e Gueeb, 2003).

De acordo com Sansone e Sansone (2004), ao longo da história, a perturbação *borderline* da personalidade (Perturbação Estado Limite da Personalidade) (PBP) tem sido descrita e caracterizada através de múltiplos e diversificados sintomas. Em 1905, surgiram as primeiras tentativas para conceptualizar esta perturbação, quando Kraepelin escreve que poderiam existir diversos estados ‘*limítrofes*’, entre insanidade e condições normais ou apenas estados estranhos (Sousa e Vandenberghe, 2005). Mas em termos práticos, a primeira caracterização da PBP foi levada a cabo por Stern em 1938 (Sansone e Sansone, 2004; Mack, 1975; Pfeiffer, 1974; Millon, 1981 citados por Sousa e

Vandenberghe, 2005) referindo-se inicialmente à principal característica perturbação, que originalmente, conceptualizou com o termo “*borderline*”, referindo-se aos indivíduos que, aparentemente, se encontravam na fronteira (*border*) entre a neurose (relativamente orientados para realidade e níveis adaptados, até altos níveis de funcionamento desadaptado) e a psicose (extremamente perturbados) (Kernberg, 1976, citado Clarkin, Levy, & Dammann, 2002).

Os primeiros pacientes foram identificados como sendo indivíduos que se comportavam como se tivessem uma relação genuína e completa com a realidade, respondendo adequadamente às circunstâncias da vida, mas que transmitiam uma *pseudoafectividade*, em que, apesar de aparentemente tudo estar bem, internamente havia a presença de uma vivência de vazio intenso quase crónico (Sousa e Vandenberghe, 2005).

O termo *borderline* foi inicialmente usado para identificar pacientes que evocavam fortes reacções de contra-transferência relativamente aos seus terapeutas e que pareciam regredir na ausência das estruturas externas que eles tentavam evitar (Dal’Pizol, *et al*, 2003)

Grinker *et al.* (1968, citados por Sansone e Sansone, 2004), os primeiros investigadores empíricos desta perturbação, defrontaram-se com esta característica e, por fim, abordaram a diversidade de sintomas, tendo descrito quatro subgrupos, clinicamente diferentes, de tais doentes. Em 1976, Kernberg (citado por Clarkin, Levy, & Dammann, 2002), define a Perturbação *Borderline* como sendo um distúrbio severo ao nível da organização da personalidade caracterizada por uma difusão da identidade (ex.: incoerência e contradição na percepção do *self* e dos outros), pela utilização de comportamentos defensivos primitivos (ex.: discórdia e negação) e graves défices no teste da realidade.

Linehan (1993) distingue quatro visões da Perturbação *Borderline*, numa perspectiva evolucionista do termo:

- 1- Numa fase mais inicial a classificação das psicopatologias estendia-se ao longo de um continuum que englobava o “normal”, “neurótico” e “psicótico”. Neste sentido, Stern (1938) recorre a uma quarta categoria em que enquadra os indivíduos que designa de “grupo *borderline* de neuroses”. Este termo foi então usado durante muitos anos pelos psicanalistas para descrever pacientes que apesar de apresentarem graves problemas de funcionamento, não se

enquadravam nas restantes categorias de diagnóstico e que apresentavam muitas dificuldades de tratamento com os métodos tradicionais de então.

- 2- Outros teóricos começaram a encarar este tipo de pacientes como estando numa posição “borderline” entre a neurose e a psicose (Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1954; Kerneberg, 1975; citado por Linehan, 1993); entre a esquizofrenia e a ausência dela (Noble, 1951; Ekstein, 1955; citado por Linehan, 1993) e entre o designado normal e anormal (Rado 1956; citado por Linehan, 1993).
- 3- Uma terceira explicação desenvolvida para a compreensão desta perturbação foi elaborada por Chatham (1985), a qual designou de explicação “electrica- descritiva”. Nesta nova abordagem não existem também definições muito claras relativamente aos critérios de diagnóstico, acentando contudo mais numa dimensão clínica do que numa derivação empírica.
- 4- Uma quarta explicação remete para uma teoria de aprendizagem bio-social, a qual foi inicialmente proposta por Millon em 1981, tendo seguidores até à actualidade. Este autor utiliza o termo de “personalidade ciclóide” para descrever a instabilidade humoral e as alterações comportamentais que vê como centrais nestes pacientes. Evidencia como determinante a interacção recíproca existente entre as influências biológicas e de aprendizagem social, na etiologia da perturbação. Contrariamente a Millon, Linehan (1993) não desenvolveu uma definição independente da perturbação borderline, tendo organizado um número de padrões comportamentais associados a um grupo diferenciado de indivíduos borderline – aqueles que apresentam histórias de múltiplos comportamentos auto-destructivos, mutilação ou de suicídio.

Por seu lado, Gunderson (1984; citado por Linehan, 1993) levou a cabo uma série de estudos/investigações e observações que lhe permitiram referenciar quatro variações marcadas em relação à população borderline:

- 1- Alguns pacientes que funcionam aparentemente bem, especialmente no que se refere a testes psicológicos estruturados, no entanto, demonstram estilos de pensamento disfuncionais (“pensamento primitivo” em termos psicanalíticos) em testes não estruturados;
- 2- Um número significativo de indivíduos que se revelam aparentemente receptivos, na fase inicial, da psicanálise, tendem a desenvolver um tratamento marcadamente pobre. Esta dificuldade ao longo do tratamento pode mesmo conduzir à sua interrupção ou hospitalização do paciente.
- 3- Um outro grupo de pacientes foi identificado, em contraste à maioria dos restantes indivíduos, com uma tendência para deteriorar o leque de comportamentos adequados já adquiridos nos programas de tratamento.
- 4- Este tipo de indivíduos em geral, manifestam uma raiva intensa e uma incapacidade de ajuda no que respeita à parte do tratamento que envolve a vida pessoal com estes pacientes.

Linehan (1993) refere que esta heterogeneidade na população borderline conduziu a diversas e distintas formas de organizar os síndromes comportamentais e teorias etiológicas associadas à perturbação borderline.

Relativamente às características específicas da população diagnosticada com PBP, destaca-se a difusão de identidade que se caracteriza por uma falta de integração do conceito de *self* e de outros indivíduos significativos. Esta difusão manifesta-se na experiência subjectiva do paciente como sensação de vazio crónico, contradição nas percepções sobre si, atitudes contraditórias. Por outro lado, as operações defensivas concentram-se nas defesas primitivas, com o intuito de proteger o ego do conflito utilizando estratégias como: idealização primitiva, identificação projectiva, negação, controle onnipotente e desvalorização. Em relação ao teste de realidade, embora os portadores desta perturbação tenham a capacidade de o realizar eficazmente, possuem alterações na sua relação com a realidade, ou seja, a realidade é adequadamente avaliada, mas o comportamento é inapropriado e incoerente com a avaliação efectuada (Dal’Pizol, *et al*, 2003).

Kolb e Gunderson (1980 citados por Sansone e Sansone, 2004) organizaram as diversas características da PBP numa entrevista diagnóstica semi-estruturada, denominada por *Diagnostic Interview for Borderlines* (DIB). Na revisão desta entrevista, foram agrupados um conjunto sintomas incluindo episódios quase psicóticos (i.e. breves e ligeiras perdas da realidade, tais como desrealização, despersonalização e paranóia), permanente impulsividade caracterizada por distúrbios de auto-regulação e comportamentos auto-destrutivos, relacionamentos interpessoais caóticos e distúrbios afectivos crónicos (e.g. humor instável e disforia crónica).

Segundo Dennis e Sansone (1997, citado por Terreno e Sampaio 2000), os indivíduos com perturbação de personalidade *borderline* surgem, com frequência, superficialmente intactos em encontros sociais breves, apesar do dramático caos interno. São sujeitos com acentuada baixa auto-estima, défices de auto-controlo significantes e grande dificuldade em manter relacionamentos interpessoais estáveis. Também têm problemas significativos de funcionamento diário, particularmente no ambiente social e de trabalho.

Saliente-se que todas as descrições anteriores e características de diagnóstico da PBP se centram em diversos sintomas psicológicos. Deste modo, e em concordância com as impressões clínicas e descrições dos autores anteriores, o DSM-IV (1994) e DSM-IV TR, (2000) enfatizam os múltiplos e diversos sintomas psicológicos: desde comportamentos pessoais até as perturbações afectivas, questões de identidade e episódios psicóticos temporários relacionados com o *stress*.

De acordo com esta perspectiva, os critérios e as características clínicas implicam que os sintomas da Perturbação *Borderline* da Personalidade sejam, invariavelmente, de natureza psicológica. No entanto, dada a natureza poli-sintomática desta perturbação e as várias apresentações somáticas da PBP observadas em cuidados de saúde primários, suspeitou-se, igualmente, de uma outra associação entre a PBP e os vários sintomas somáticos (Terreno e Sampaio 2000).

Como já foi referido, o indivíduo com perturbação *borderline* da personalidade situa-se entre a neurose e a psicose, e se caracteriza por apresentar afecto, humor, comportamento, relações objectais e auto-imagem extraordinariamente instáveis. Esta perturbação também tem sido denominada de “esquizofrenia ambulatória” “personalidade como se” (termo criado por Helene Deutsch), “esquizofrenia pseudo neurótica” (descrita por Paul Hoch e Philip Politan) “carácter psicótico” (descrito por

John Frosch) e “personalidade emocionalmente instável” (CID-10) (Kaplan, *et al*, 2003).

De acordo com o DSM-IV TR, (2000), o diagnóstico da Perturbação *Borderline* da Personalidade pode ser feito no início da idade adulta, quando o indivíduo manifesta um conjunto estruturado de critérios. No entanto, alguns autores como Dal’Pizol, *et al*, (2003), referem que esta perturbação por ser caracterizada por um padrão global de alterações que perduram cronologicamente, leva a um desafio no diagnóstico destas condições, pois, exige, na maioria dos casos, uma observação aprimorada e um acompanhamento mais extenso. Neste sentido, torna o próprio processo de intervenção mais complexo e demorado. Estes mesmos autores apontam outras críticas à classificação categorial do DSM, nomeadamente:

- O DSM não apresenta critérios somáticos para esta perturbação, apenas critérios do foro psicológicos;
- As manifestações clínicas em doentes que sofrem esta perturbação podem ser subprodutos do comportamento de auto-lesão ou sintomas somáticos difusos;
- Poderão existir duas sub-populações de pacientes que sofrem a perturbação *borderline* da personalidade – os que apresentam sintomas somáticos versus os que apresentam sintomas psicológicos.
-

No entanto e apesar das críticas apresentadas, a classificação mais utilizada, actualmente para diagnosticar a presença e a gravidade de sintomas característicos das perturbações mentais, neste caso, perturbações da personalidade, mais concretamente a perturbação *borderline* da personalidade, é a encontrada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais – DSM (Fauman, 2002).

Kaplan, *et al* (2003) referem que alguns estudos biológicos podem ajudar no diagnóstico da perturbação *borderline* da personalidade, na medida em que alguns pacientes diagnosticados com a esta perturbação demonstram uma latência REM encurtada e perturbações na continuidade do sono, teste de supressão de *dexametasona* anormal, bem como, um teste de hormonas libertador de *tirotropina* também anormal. Mas, de referir que estas alterações também são vistas em alguns casos de perturbação depressiva.

Os pacientes com PBP quase sempre parecem estar em crise. As oscilações de humor são comuns, podendo ser capazes de desencadear uma discussão porque se encontram irritados, num dado momento, sentirem-se deprimidos no momento a seguir, por não serem compreendidos e logo depois queixarem-se de não sentir seja o que for, isto é um vazio inigualável (Kaplan, *et al*, 2003).

Características Clínicas e Critérios de Diagnóstico

A característica essencial da Perturbação *Borderline* da Personalidade refere-se num padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, e uma impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos (DSM-IV TR, 2000, Fauman, 2002, Dal’Pizol, *et al*, 2003 e Kaplan, *et al*, 2003). A seguir são apresentados os principais critérios para o diagnóstico da perturbação *borderline* da personalidade, tendo em conta as classificações do DSM-IV TR (2000) e o CID-10 (1993):

Quadro nº – 1: Critérios de diagnóstico para 301.83 – Perturbação Estado-Limite da Personalidade (Perturbação *Borderline* da Personalidade) segundo DSM-IV TR (2000):

Um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afectos e impulsividade marcada, que se manifesta no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

(1) Esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário.

Nota: Não incluir comportamentos suicidas ou auto-mutilantes, descritos no Critério 5;

(2) Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizadas pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;

(3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento de si próprio;

(4) Impulsividade pelo menos em duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (p. ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, condução imprudente, ingestão compulsiva de alimentos); **Nota:** Não incluir comportamentos suicidas ou auto-mutilantes, descritos no Critério 5;

(5) Comportamento, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou de comportamento auto-mutilante;

(6) Instabilidade afectiva por reactividade de humor marcada (p. ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, que geralmente duram algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias);

(7) Sentimento crónicos de vazio;

(8) Raiva inadequada e intensa ou dificuldades de a controlar (p. ex., episódios de perda de perda da calma, de irritação, raiva constante, lutas corporais constantes);

(9) Ideação paranóide transitória reactiva ao *stress* ou sintomas dissociativos graves;

Fonte: DSM-IV TR (2000), pg. 710;

Crítérios de diagnóstico segundo CID-10 (1993):

F60.30 – Distúrbio de Personalidade Emocionalmente instável

Distúrbio de personalidade no qual há uma tendência marcada para agir de modo impulso, sem consideração pelas consequências, associada a uma grande instabilidade afectiva. Por um lado, a capacidade para planear pode ser mínima, enquanto que por outro lado, há acessos de raiva intensa com muita frequência que podem levar à violência ou a “explosões comportamentais”; estas são facilmente precipitadas quando actos impulsivos são criticados ou impedidos por outras pessoas. Duas variantes desse transtorno de personalidade são especificadas e ambas compartilham esse tema geral de impulsividade e falta de auto-controlo.

F60.31 Tipo borderline (limítrofe)

Estão presentes várias características de instabilidade emocional, associadas a: auto-imagem, objectivos e preferências internas (incluindo a sexual) frequentemente pouco claras ou perturbadas. Há em geral sentimentos crónicos de vazio. Uma maior propensão para se envolver em relacionamentos intensos e instáveis, que podem causar repetidas crises emocionais e que podem estar associadas aos esforços excessivos para evitar o abandono e uma série de ameaças de suicídio ou actos de auto-lesão (embora esses possam ocorrer sem precipitantes óbvios).

Fonte: CID-10 (1993), retirado de Dal’Pizol, *et al*, (2003).

Factores Etiológicos da Perturbação de *Borderline* Personalidade

Gabbard (2005), refere que apesar do crescente interesse e avanço nas investigações no âmbito da desmistificação da etiologia da Perturbação *Borderline* da Personalidade, não se tem chegado a um consenso. No entanto refere-se constantemente que a etiologia é multi-factorial, embora existam evidências empíricas de diversos estudos realizados (Zanarini, *et al*, 1997; Johnson *et al*, 1999; Driessem, *et al*, 2000 e Caspi, *et al*, 2002) que confirmam o pressuposto que abusos ainda numa idade precoce podem condicionar significativamente o desenvolvimento desta

perturbação. Esses abusos concretizam-se na forma de separações infantis precoces, ambiente familiar caótico, constantes desacordos emocionais no seio familiar, abusos físicos, bem como abusos sexuais (Trippany, Helm e Simpson, 2006).

Alguns dos estudos que têm sido realizados ao longo da investigação no âmbito da PBP, relacionam o desenvolvimento desta perturbação com factores na história de vida do indivíduo, principalmente no que referem ao estudo do impacto dos acontecimentos traumáticos e *stressantes* na vida do indivíduo, bem como a própria influência da cultura e sociedade onde está inserido. No entanto, há pesquisas que se debruçam essencialmente sobre a predisposição biológica. (Kreisman & Straus, 1989; Siever & Davis, 1991; Paris, 2000; Fonagy, Target & Gergely, 2000; Livesley, 2000, citados por Sousa e Vandenberghe, 2005).

Factores Biológicos:

Neste âmbito e a seguir, são indicados alguns exemplos de conclusões relativamente à presença de factores biológicos no desenvolvimento da Perturbação *Borderline* da Personalidade:

Sintomas da PBP	Base Biológica	
1 – Perturbação <i>Borderline</i> da personalidade associado a certas perturbações neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações da Aprendizagem, Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Epilepsia, T.C.E., actividades anormais de ondas cerebrais no lobo temporal; 	Sugerem possíveis disfunções, com produção também anormal de neurotransmissores durante a execução das tarefas e testes de avaliação;
2 – Comportamentos impulsivos	<ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades no metabolismo de serotonina; 	Relação apoiada pelo facto de que certas medicações têm aliviado os sintomas no TPB. Contudo, o que ocorre é uma simples melhora, sendo que muitos dos

		sintomas ainda persistem
3 – Comportamento autodestrutivo, abuso de comida, álcool ou outras drogas, e automutilação	<ul style="list-style-type: none"> • Liberação de endorfina (sensação de relaxamento); 	
4 – Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Actividade distinta de ondas cerebrais, durante o sono, na maioria dos pacientes com diagnóstico de TPB, conhecida como latência REM: curto período de tempo precedendo a chegada dos sonhos, uma característica presente na em pacientes deprimidos (Kaplan, <i>et al</i>, 2003) 	

Tabela nº. 1 – Presença de factores biológicos no desenvolvimento da Perturbação *Borderline* da Personalidade. Baseado em: Sousa e Vandenberghe (2005).

Factores específicos da Cultura:

Alguns autores que desenvolveram as primeiras investigações no âmbito da PBP (Grinker, *et al*, 1968, citados por Sousa e Vandenberghe, 2005:387) questionaram-se acerca das possíveis causas para o surgimento e desenvolvimento desta perturbação. Através do estudo chegaram a algumas conclusões, nomeadamente que as “*características específicas da cultura, como o stress da vida urbana, o aumento da ansiedade existencial, bem como as várias mudanças tanto na estrutura familiar como na social*” poderiam estar também na génese da PBP. Deste modo, chamaram a atenção para o funcionamento do paciente em relação ao seu ambiente social e apontaram a possibilidade do surgimento de novos tipos de perturbações psicológicas devido a novas condições sociais.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de estudos/investigações relativamente ao papel e importância de factores específicos da cultura, no surgimento e desenvolvimento da Perturbação *Borderline* da Personalidade:

Sintomas da PBP	Estudos/Investigações	
1 – Sensação de vazio crónico	Kohlenberg e Tsai (1991, 1995 e 2001)	Sensação descrita como “vazio” que pode ser entendida a partir da ausência de estímulos externos, que antes estavam presentes, que pode levar à sensação de despersonalização e isolamento; Explica-se não só pela invalidação sentida no relacionamentos, como também pela experiência de negligências, em que suas necessidades básicas não foram atendidas (atenção, amor...)
2 – Medo da solidão/Aproximação	Parker, <i>e tal</i> , (1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento dos pais somente na relação conjugal, (criança, sente-se negligenciada pelos pais);
3 – Características específicas que podem ser identificadas nas famílias “Borderlines”	Gunderson, Kerr e Woods (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de atenção, empatia, apoio, proteção e cuidados básicos necessários); • Relações interpessoais são marcadas pela hostilidade e dominação; • Mãe pouco afetuosa; • Relacionamento pobre e distante entre pais e filhos;

Tabela nº. 2 – Estudos/investigações relativos ao papel e importância de factores culturais, presentes no surgimento e desenvolvimento da PBP. Baseado em: CME (2001) e Sousa e Vandenberghe (2005).

O Processo Terapêutico

Ao usar o termo “*borderline*” Stern (1938, citado por Dowson, 1995) referia-se, principalmente, aos pacientes que recebiam psicoterapia comum devido às graves distúrbios associados, bem como em resultado da incapacidade para lidar com situações *stressantes* da vida e com a desilusão em relação às pessoas que os deixam.

Por seu lado, Kernberg’s (1967, citado por Dowson, 1995) aborda a mesma temática, mas focalizando-se não directamente na perturbação em si, enquanto conjunto de sinais e sintomas, mas e principalmente nas características do funcionamento mental de um indivíduo diagnosticado com PBP, tais como a baixa capacidade para tolerar ansiedade, para controlar impulso e desenvolver comportamentos socialmente adequados, associado à tendência para ter pensamentos irracionais e uso de mecanismos de defesa.

De acordo com Dowson (1995), Ward, (2004) e Stone (2006), a maior parte da dificuldade e frustração em lidar e tratar um paciente “*borderline*” prende-se, exactamente, com a complexidade da condição, que é (no mínimo) acompanhada, quase que invariavelmente por um ou mais sintomas de alguma perturbação do Eixo I, ao mesmo tempo que se trata de uma perturbação da personalidade, tal como vem designado no Eixo II. A complexidade intensifica-se quando esta perturbação está também associada a comportamentos destrutivos auto-dirigidos e tentativas de suicídio, que muitas vezes são fatais.

O consenso é geral no que se refere à noção da necessidade de se intervir, primeira e urgentemente nos comportamentos impulsivos destrutivos, pois podem por em causa a integridade do paciente. Esta urgência requer, acima de tudo, competências eficazes não só para lidar com o comportamento em si, mas também, para lidar com o falso mito que os pacientes “*borderlines*” manifestam estes comportamentos como sendo apenas um chamada de atenção, deliberada e sob o total controlo e desejo do paciente. Esta ideia deve ser refutada e excluída o quanto antes, pois estes comportamentos são o fruto da característica egossintónica da própria perturbação, bem como por ser encarada pelo próprio paciente como uma forma de lidar com a incapacidade para resolver e ultrapassar problemas ou para exteriorizar emoções, que lhe causam sofrimento (Oldham, 2006 e Stone, 2006).

Sendo assim e de forma a permitir o sucesso e eficácia de todo o processo terapêutico no tratamento desta perturbação, importa ter em conta um conjunto de

características específicas deste grupo de pacientes, de forma a proporcionar-lhes não só a reabilitação, como também prevenir recaídas e promover e aumentar a qualidade de vida e o bem-estar, tanto em contexto individual e pessoal, como também, relativamente aos contextos de interacção e relacionamentos interpessoais e contextos ocupacionais.

No programa de intervenção desenvolvido por Linehan (1993) são utilizadas técnicas e estratégias cognitivo-comportamentais. O ênfase é colocado na avaliação, recolha de dados e informações dos comportamentos actuais, definição operacionalizada precisa dos objectivos/metapas do tratamento, um trabalho colaborativo entre paciente e terapeuta, incluindo atenção para orientar o paciente para o programa terapêutico; o comprometimento mútuo para o estabelecimento de objectivos e a aplicação de estratégias e técnicas terapêuticas cognitivo-comportamentais standard orientadas para um programa de tratamento da mesma natureza. A autora salienta a importância de procedimentos de resolução de problemas, técnicas de exposição, treino de “*skills*” (competências), controlo de estímulos e modificação cognitiva, em pontos que considera chave, como a regulação emocional, afectividade interpessoal, tolerância a situações stressantes, controlo da mente/pensamentos e autoregulação de “*skills*”.

A Terapia Dialéctica Comportamental (TDC)

A dialéctica fornece um racional que permite trabalhar de forma conjunta e estratégias de validação com procedimentos que promovem a mudança comportamental e a redução das crises suicidárias (Fruzzetti; 2004).

É indiscutível a importância que tem a necessidade de um suporte psicoterapêutico empírico e efectivo no tratamento da perturbação borderline da personalidade (Linehan, 1993; Schee, 2000 & Fruzzetti, 2004).

Linehan (1996) desenvolveu um tratamento a que designou de “Dialectical Behavior Therapy” (DBT), o qual acenta em princípios e técnicas sofisticadas e teóricas, ao mesmo tempo que os seus colegas se encarregam de controlar a investigação externa de forma a avaliar o sucesso do tratamento.

Pelas próprias palavras da autora:” *Toda a teoria do funcionamento da personalidade e das suas desordens é fundamentado em algum ponto de vista*” sendo que considera que a escolha original da taxonomia foi baseada no

movimento para uma visão dialéctica subsequentemente orientada para o desenvolvimento da terapia.

O termo “dialéctica” é aplicado à terapia comportamental implicando dois contextos de aplicação (Linehan, 1993; Schee, 2000 & Fruzzetti, 2004):

1. Natureza fundamental da realidade
2. Persuasão do diálogo e as relações estabelecidas;

De uma forma geral, a dialéctica permite (Linehan, 1993; Schee, 2000 & Fruzzetti, 2004):

- Informar relativamente à estrutura e estratégias do tratamento;
- Resolver a tensão criada entre aceitação e desafio;
- Promover a aceitação e validação através do estabelecimento de estratégias equilibradas e sintetizadas ao nível de resolução de problemas e estratégias orientadas para a mudança;
- Promover, através de estratégias de tratamento, a síntese e equilíbrio entre as duas polaridades frequentemente presentes.

Comorbilidade

Numerosos estudos têm revelado altos índices de comorbilidade em pacientes com Perturbação borderline da personalidade (Linehan, 1993; Sollof *et al.*, 2000; Oldham, 2006).

Links e Kolla (citados por Oldham, 2006) identificaram três tipos de características relevantes para a realização de comportamentos suicidas em pacientes com perturbações psiquiátricas:

1. impulsividade agressiva;
2. perfeccionismo e
3. desregulação emocional.

Na tabela seguinte são apresentadas as principais comorbilidades que se associam à Perturbação Borderline da Personalidade, de acordo com Conklin & Westen (2004).

TABLE 2. Comorbid Axis II Diagnoses in Patients With Borderline Personality Disorder (N=90)

Personality Disorder Diagnosis	Number of Patients	%
Paranoid	33	36.7
Schizoid	22	24.4
Schizotypal	14	15.6
Antisocial	25	27.8
Histrionic	23	25.6
Narcissistic	18	20.0
Avoidant	48	53.3
Dependent	29	32.2
Obsessive-compulsive	14	15.6

Oldham (2006) evidencia a comorbilidade com a Depressão Major e com o abuso e dependência de substâncias.

Soloff *et al.* (2000) levaram a cabo alguns estudos em que concluíram que a comorbilidade entre depressão major e perturbação borderline da personalidade faz aumentar a severidade das tentativas de suicídio. Os mesmos autores também identificaram a impulsividade e o desespero como factores de risco independentes dos comportamentos suicidários, para pacientes com este tipo de comorbilidade.

Em pacientes apenas com PBP, os sintomas de depressão e comportamentos suicidários são usualmente reactivos a stressores interpessoais reais ou percebidos como tal e que são geralmente de curta duração daí que quando o paciente comete um comportamento suicida, isso seja resultado da sua impulsividade. Já no caso de comorbilidade com depressão major, os sintomas depressivos e de suicídio vão sendo arrastados durante semanas (ou ainda durante mais tempo se não houver tratamento).

Regra geral, este tipo de pacientes apresenta (Conklin & Westen, 2004):

- perda de apetite;
- perturbações de sono;
- perda de interesse em actividades que anteriormente considerava como agradáveis;
- outros sinais e sintomas persistentes de depressão.

Relativamente à comorbilidade registada com o abuso de substâncias, regista-se que faz aumentar o risco de comportamentos impulsivos suicidas e julgamentos invulgares. Segundo a APA (2004), pacientes com este tipo de comorbilidade apresentam um prognóstico mais reservado e um maior risco de suicídio ou morte por acidente, este risco é tão evidente que até é notado pelos outros.

A história familiar relativamente ao uso e abuso de substâncias pode, de acordo com Solloff *et al.* (2000) & Yen *et al.* (2003) potenciar ou agravar um estado de comorbilidade da perturbação borderline da personalidade com a dependência deste tipo de substâncias.

Tratamento Psicofarmacológico

A Associação Americana de Psiquiatria sugere que o melhor tratamento para a PBP incide na combinação da psicoterapia com medicação, uma vez que esta última pode facilitar a psicoterapia (Gabbard, 2005).

Segundo Carvalho, Stracke & Souza (2004) este transtorno tem uma variada gama de apresentações clínicas, o que torna bastante difícil encontrar um grupo específico de fármacos que possam ser aplicados no tratamento da perturbação borderline e, talvez por isso já terem sido testadas todas as classes de psicofármacos neste tipo de perturbação.

Em ensaios clínicos levados a cabo pelos presentes autores, registou-se que:

- *Antipsicóticos Típicos ou de 1ª Geração*

Os microepisódios psicóticos e a comorbilidade frequente com transtorno esquizotípico podem funcionar como indicadores da necessidade de utilização deste tipo de fármacos. Tem-se demonstrado relevante a prescrição de antipsicóticos de 1ª geração na PBP especialmente quando prescritos em pequenas doses.

Goldberg *et al.* (citado por Carvalho *et al.*, 2004) levou a cabo estudos em que através da administração diária variável entre 2 e 35 mg/dia (o que representa uma média de 8,67 mg/dia) em que a resposta farmacológica foi significativa em relação

aos sintomas psicóticos, obsessivo-compulsivos e fóbico-ansiosos. Esta resposta tinha uma relação directamente proporcional à gravidade dos sintomas apresentados pelo paciente.

Os resultados de vários estudos sugerem que os antipsicóticos típicos são eficazes no tratamento de sintomas psicóticos, bem como na melhoria de sintomas de raiva e hostilidade. Contudo, os benefícios do tratamento contínuo e de manutenção permanecem incertos para este tipo de psicofármacos.

- Antipsicóticos Atípicos ou de 2ª Geração

São nítidas as vantagens que estes fármacos apresentam em relação aos anteriores, uma evidência nesse sentido é a redução da indução de efeitos extrapiramidais. Ghaemi (citado por Carvalho *et al.*; 2004) evidencia as propriedades antimaniacas e de estabilização de humor sendo que especialmente a Clozapina, apresenta melhorias bastante significativas relativamente á agressividade em pacientes severamente psicóticos. Teoricamente este grupo de drogas tem potencial para melhorar os sintomas afectivos, cognitivo-perceptuais e impulsivo-agressivos nos pacientes com PBP

- Estabilizadores do Humor

Akiskal *et al.* (citado por Carvalho *et al.*, 2004), juntamente com outros autores, sugere que a PBP possa ser incluída, de acordo com a forma como se encontra concebida nos critérios de diagnóstico da DSM-IV, no crescente grupo de Transtornos do Espectro Bipolar do Humor.

Carvalho *et al.* (2004) apresentam várias razões para esse facto:

1) Instabilidade afectiva presente em grande número dos pacientes, assemelhando-se a um quadro misto;

2) Muitos pacientes com PBP apresentam descargas epileptóides em electroencefalogramas, o que pode representar um tipo de efeito *kindling*, o qual se encontra historicamente associado à fisiopatologia dos transtornos bipolares do humor e

3) alguns autores demonstraram deterioro no controlo comportamental após o tratamento de pacientes com PBP, pela administração de amitriptilina, o que pode representar um

fenómeno semelhante a episódios hipomaníacos, frequentemente induzidos por antidepressivos tricíclicos em pacientes com transtorno bipolar do humor.

Se esta teoria de que a PBP pertence ao grupo de transtornos do espectro bipolar, o mais provável é que este tipo de fármacos possa ter efeitos positivos no tratamento.

Contudo, o uso de lítio, e outros destes fármacos como a carbamapexina e desipramina, não têm os efeitos esperados.

Estabilizadores do humor (principalmente o divalproato) podem ser eficazes, sobretudo aqueles que apresentem um tipo de descontrolo severo dos impulsos e variação do humor.

- ISRS (*Inibidores seletivos da recaptção da serotonina- um tipo de antidepressivos*)

Muitos destes pacientes apresentam um tipo de humor depressivo e uma sensação subjectiva de vazio e, mesmo quando não se verificam casos de comorbilidade, persistem sintomas de pessimismo, sensibilidade à rejeição e ameaças de suicídio.

Os ISRS promovem uma reposta terapêutica favorável em relação à impulsividade mais precoce (até 1 semana) sendo que uma suspensão do tratamento faz com que haja um agravamento dos sintomas impulsivos.

Com o uso de fluvoxamina (até 250 mg/dia) registam-se melhoras nos sintomas relacionados com as variações de humor, mas não relativamente aos níveis de agressividade e impulsividade. Doses inicialmente baixas de fluvoxamina e diferenças de género sexual, podem explicar a falta de efeito da droga testada em sintomas agressivos e impulsivos.

- Venlafaxina

Trata-se de um antidepressivo que inibe a recaptção pré-sináptica de norepinefrina e serotonina. São variados os resultados de tratamento promissores, mas ainda se tem de continuar a investigar.

- Antidepressivos Tricíclicos (pertencentes aos heterocíclicos-inibidores não selectivos da recaptção de aminas)

Pacientes tratados com amitriptilina manifestaram sérios episódios de descontrolo comportamental. A resposta à amitriptilina não se relacionou ao diagnóstico simultâneo de transtornos de humor. Desta forma, antidepressivos tricíclicos parecem desempenhar um papel limitado no manuseamento farmacológico dos pacientes com PBP.

- IMAO (antidepressivos- inibidores da monoaminoxidase)

Melhoras os sintomas afectivos, impulsivos e agressivos.

Promovem uma melhora significativa de sintomas depressivos, de ansiedade, sensibilidade à rejeição, dos sintomas afectivos, impulsivos, agressivos e comportamentos suicida. Alguns autores sugerem o seu uso em depressões atípicas caracterizadas por hiperfagia, humor reactivo, aumento de peso, hipersónia e sensibilidade à rejeição.

Os resultados sugerem que os IMAOs são efectivos no tratamento de sintomas depressivos atípicos, bem como no tratamento da raiva e hostilidade. Esses efeitos favoráveis não parecem depender de diagnóstico concomitante de transtorno mental do eixo I.

- Ansiolíticos

A ansiedade é um sintoma usual em pacientes de PBP, sendo exacerbado por stressores, como por exemplo, a percepção de rejeição.

A Clonazepam, uma benzodiazepina com significativos efeitos antimaníacos e anticonvulsionantes e que aumenta a neurotransmissão serotoninérgica cerebral, pode melhorar a ansiedade destes pacientes.

- Naltrexona

Trata-se de um antagonista opióide não-seletivo usado no tratamento de muitos transtornos em que a automutilação é um sintoma proeminente, como o autismo e o atraso mental. A razão que nutre o emprego destas drogas é que a automutilação, que é frequente em pacientes com PBP, seria decorrente de uma relativa insensibilidade à dor devido a uma excessiva actividade do sistema opióide endógeno no cérebro.

Apresenta resultados significativos na redução de sintomas dissociativos.

- Ácidos graxos ômega-3

São utilizados no tratamento da depressão e do distúrbio bipolar. Daí que seja de esperar, pelas razões já anteriormente referidas, que possam influenciar positivamente o tratamento da PBP. Estudos revelam que após 8 semanas do seu uso, se verificam melhorias relativas aos sintomas associados à agressividade e depressão, embora os estudos efectuados ainda se considerem insuficientes.

Epidemiologia e Prevalência

Sua prevalência na população geral varia entre 1,8 e 4% segundo um autor (Gabbard, 1998), e entre 2 e 3% segundo outros (Gunderson e Phillips, 1991, citado por Dal’Pizol, *et al*, 2003, DSM-IV TR, 2000). É considerado como uma das perturbações mais comuns entre populações clínicas psiquiátricas, com prevalência entre 15 e 25% nestas populações (CME, 2001; Dal’Pizol, *et al*, 2003;), sendo que 10% no ambulatório de saúde mental e 20% no internamento psiquiátrico. Em relação à população com perturbações da personalidade estima-se que cerca de 30% a 60%, são indivíduos com perturbação *borderline* da personalidade (DSM-IV TR, 2000).

Embora ainda não existam estudos definitivos que definam e diferenciam a prevalência desta perturbação nas populações classificadas segundo o género sexual, estima-se que a PBP seja duas vezes mais comum em mulheres do que em homens. Outro dado importante refere-se ao facto de existir uma crescente prevalência de perturbação depressiva major, perturbações relacionadas com uso/abuso de substâncias em parentes do primeiro grau de indivíduos com perturbação *borderline* da personalidade (Kaplan, *et al*, 2003).

Diagnóstico Diferencial/Comorbilidade

De um modo geral, tanto as perturbações do Eixo I quanto as do Eixo II podem estar frequentemente associadas (em comorbilidade) com Personalidade *Borderline* da Personalidade (CME, 2001, Stone, 2006).

A terapia cognitivo-comportamental, de acordo com Wiley (2001), tem uma efectividade no tratamento das perturbações do Eixo I, sendo também bastante eficaz em casos de comorbilidade com perturbações da personalidade.

Relativamente às perturbações do Eixo I, a perturbação *borderline* da personalidade ocorre frequentemente em simultâneo com as **Perturbações do Humor**, nomeadamente com as seguintes: Depressão major, Distimica, Perturbação Bipolar (tipo II). Mas, apesar de preencher alguns critérios clínicos tanto para depressão major como para distimia, considera-se que, além dos sintomas característicos das perturbações de humor, o paciente apresenta vazio existencial,

padrões de relacionamento instáveis, impulsividade, auto-mutilações, difusão de identidade, característicos da personalidade *borderline*. Quanto à labilidade afectiva e à hiper-sexualidade, não são critérios suficientes para se diagnosticar como Perturbação bipolar (Sansone & Sansone, 2004).

Quanto aos casos de comorbidade, Wiley (2001) aponta algumas contradições: alguns estudos apontam que a presença de perturbações da personalidade não influenciam os comportamentos manifestados (Dreesen et al., 1994; Mersch, Jasen & Arntz, 1995; citado por Willey, 2001); enquanto que outros estudos indicam que as perturbações de personalidade influenciam grandemente a exteriorização dos comportamentos apenas perante determinadas circunstâncias (Fahy, Eisler & Russel, 1993; Felske et al., 1996; Hardy et al., 1995). Muitos dos pacientes com este tipo de distúrbios tendem a terminar o tratamento prematuramente, mas aqueles que persistem podem ser efectivamente tratados. Da mesma forma, também alguns estudos evidenciam que um tratamento focalizado nas perturbações do Eixo I pode ter benefícios na comorbidade das perturbações do Eixo II.

Outras perturbações da personalidade podem ser confundidas com a PBP, na medida em que têm algumas características comuns. Um destes casos, pode ser a **Perturbação Histriónica da Personalidade**, caracterizada também por desejo de atenção, comportamento manipulativo e rápidas mudanças emocionais, no entanto distingue-se da PBP pelos comportamentos auto-destrutivos, disrupções coléricas nas relações próximas e sentimentos crónicos de vazio e solidão. Tem em comum com a Perturbação Esquizotípica da Personalidade as ideias e ilusões paranóides, mas estes sintomas na PBP são mais transitórios, reactivos aos relacionamentos e respondem mais à estruturação externa (DSM-IV TR, 2000).

O DSM-IV TR (2000) remete ainda para a distinção das perturbações Paranóide e Narcísica da Personalidade, bem das perturbações Anti-Social e Dependente da Personalidade. Refere ainda que quando forem preenchidos ambos os critérios de diagnósticos, então ambas as perturbações presentes devem ser diagnosticadas. No entanto, em relação esta deve ser sempre distinguida de **Problemas de Identidade**, que estão reservados para preocupações de identidade relacionadas com uma fase de desenvolvimento, por exemplo a adolescência, não se tratando de uma perturbação mental ou perturbação da personalidade.

Contudo, são ainda muitas as dúvidas, que segundo Linehan (1993) se levantam na delimitação de um individuo diagnosticado com a perturbação "*borderline*", insistindo na necessidade de realizar mais estudos científicos que contribuam para uma optimização e validez do diagnóstico desta perturbação. Esta mesma necessidade é também mencionada por Dowson *et al.* (1995), os quais

salientam ainda que as classificações futuras deverão ter em conta a frequência e relativamente específica ocorrência de breves surtos, e possíveis associações a difusão do *self*, delírios e alucinações, tal como as distorções cognitivo-perceptuais específicas. Neste seguimento, é referenciado por Gunderson *et al.* (1991; citado por Dowson *et al.*, 1995) que as possíveis e necessárias modificações face aos critérios em vigor no diagnóstico da PBP devem ter em conta o reconhecimento de que as alterações de humor características desta perturbação, surgem normalmente, de forma reactiva em relação às alterações relacionais e ambientais a que o sujeito é exposto.

- **Suicídio / Parasuicídio**

O suicídio e outras formas de mortes violentas ou comportamentos de autodestrutivos têm sido investigados relativamente à relação existente com as perturbações personalísticas, devendo salientar-se, de acordo com Dowson (1995), que como critério de diagnóstico para a PBP aparecem as recorrentes tentativas de suicídio, sinais/avisos comportamentais auto-agressivos e comportamentos de auto-mutilação.

As complicações que podem surgir caso a perturbação não seja diagnosticada podem agravar ou aumentar a probabilidade de se manifestarem comportamentos de auto-destruição, auto-mutilação e, com consequências mais visíveis e graves, as variadas tentativas de suicídio, algumas de carácter fatal (CME, 2001; Sousa e Vandenberghe, 2005).

Alguns autores, tendo em contas os estudos efectuados têm referido que a PBP tem demonstrado mais associações com comportamentos e tentativas de suicídio do que a Perturbação Depressiva Major, outra perturbação associada em larga escala ao suicídio (Yen, Shea, Sanislow, Grilo, Skodol, Morey, *et al*, 2004). Estes mesmos autores afirmam ainda que, devido ao carácter heterogénio da PBP e as dificuldades relacionadas com o estabelecimento concreto do diagnóstico correcto, a identificação e associação aos comportamentos de suicídio pode ser uma mais valia, não só para o processo de diagnóstico, como e principalmente importante para a planificação de uma intervenção eficaz.

De acordo com Oldham (2006), estima-se que 40% dos indivíduos diagnosticados com Perturbações da Personalidade fazem tentativas de suicídio, sendo que 30% destes indivíduos suicidários acabam por morrer (suicídio completo). Avalia-se ainda que 50% dos pacientes com perturbações psiquiátricas podem morrer após uma tentativa de suicídio. Relativamente à população diagnosticada com

Perturbação *borderline* da Personalidade, estima-se que entre 60-70% destes pacientes cometem tentativas de suicídio, sendo que uma grande parte destas tentativas é fatal.

Um estudo referenciado por Dowson (1995) estudou precisamente a relação existente entre a PBP e o suicídio. Foram analisados 58 casos de suicídios consecutivos em adolescentes e jovens adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos) numa comunidade urbana. Registou-se que em 33% dos casos existia PBP, o que correspondia à principal causa de diagnóstico associada ao acto suicidário.

Um outro estudo faz a comparação de indivíduos com perturbação *borderline* que cometeram suicídio, com um grupo de controlo, em que os indivíduos diagnosticados com PBP não cometeram suicídio, revela que o “grupo suicidário” apresentava maiores perdas na sua infância, um vasto leque de tratamentos prévios à hospitalização, hospitalizações mais prolongadas e rupturas mais frequentes face aos tratamentos que estavam a ser levados a cabo (Kjelsberg, Eikeseth & Dahl, 1991; citados por Dowson, 1995).

Linehan (1993) referencia que ao longo dos seus trabalhos tem verificado que muitos dos indivíduos com manifestações parasuicidas crónicas, cumprem também critérios da PBL. São descritos pela autora como pacientes que parecem mais deprimidos do que o que se poderia esperar a partir dos critérios apresentados no DSM-IV. Exibem também “*overcontrol*” e inibição da raiva, o que segundo a sua perspectiva, também não é mais uma vez um factor tido em conta no DSM-IV e no CIB-R. Neste seguimento, os indivíduos parasuicidas exibem um estilo de resolução de problemas interpessoais mais passivo (ou dependente), sendo que muitos destes sujeitos descrevem o seu comportamento como resultado da procura de um escape face ao que consideram como uma vida intolerável e com problemas sem resolução.

No quadro que se segue é apresentada uma comparação entre as características de indivíduos *borderline* e de indivíduos parasuicidas.

BPD	Parasuicídio
<i>Desregulação emocional</i>	
1- Instabilidade emocional	1- Afecto eversivo, crónico
2- Problemas de raiva irritabilidade	2- Raiva, hostilidade,
<i>Desregulação Interpessoal</i>	
3- Relações instáveis	3- Relações conflituosas
4- Esforços no sentido de evitar a perda intimas	4- Suporte social fraco
	5- Problemas interpessoais
6- Resolução passiva de problemas	6- Resolução passiva de interpessoais
<i>Desregulação comportamental</i>	
5-Tentativas de suicídio, parasuicídio parasuicídio	7- tentativas de suicídio,
6- auto-mutilação, comportamentos impulsivos, incluindo o abuso de álcool e drogas	8- Álcool, abuso de drogas, promiscuidade
<i>Desregulação Cognitiva</i>	
7-Distúrbios cognitivos pensamento	9- Rigidez cognitiva, dicotómico
<i>Disfunção do Self</i>	
8- Instabilidade da auto imagem e self	10- Baixa auto-estima
9- “Sensação de vazio” crónica	
Fonte: Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Linehan (1993; pp 13)	

Tabela nº. 3 – Comparação das características da BPD e do Parasuicídio.

Caso Clínico

O CF tem 32 anos de idade e encontra-se nos quadros activos da Marinha. Desempenha funções de cozinheiro. Deu entrada de urgência no Hospital da Marinha, por ter consumido álcool em grandes quantidades e estar na altura a ser medicado com benzodiazepinas. Quando confrontado com o facto de estar ciente das consequências que podem resultar desta mistura, diz que sabe que podia morrer, mas que não fez com essa intenção.

O CF mostra-se uma pessoa bastante tensa, e com um olhar oscilante entre o intrusivo, inclusivamente difícil de manter o contacto ocular durante muito tempo, ou, noutras alturas mostra-se demasiado frágil e vulnerável.

Tem tiques nervos, passando os dedos pela boca com bastante frequência e apresenta alguns maneirismos com a mão direita de uma forma sistemática.

Tem uma postura também variável entre o retraído e desprotegido, nalgumas sessões, enquanto que noutras sessões se mostra demasiado confiante, numa atitude irónica e provocatória.

Este é o seu quarto internamento, tendo sido o último em Março de 2006. Os motivos prendem-se com alcoolismo e quadros de ansiedade. O seu actual quadro psiquiátrico é de Ansiedade.

Refere ter tido um mau casamento, sendo que está divorciado há cerca de um ano. Dessa relação tem dois filhos, uma menina de 9 anos e um menino de 6 anos. Estão ambos à guarda da mãe, ficando o CF com ambos aos fins-de-semana, de 15 em 15 dias.

Refere que “*antigamente era uma pessoa normal*” (sic) até que descobriu que a sua mulher mantinha uma relação extra-conjugal com o seu melhor amigo. Nessa altura, não soube como lidar com a situação e a forma que encontrou de expulsar a raiva e tristeza que sentia foi no consumo de álcool. Começou a beber bastante e, apesar de ainda estar a viver com a sua mulher a relação começou a deteriorar-se bastante, chegando ao ponto de se agredirem ambos fisicamente, e de a sua mulher ir para o hospital “bastante mal tratada” (sic). Diz que a sua mulher tinha uma atitude muito provocatória com ele e que em vez de tentar acalmar as coisas, o provocava de propósito.

Nessa altura cada vez consumia mais álcool, passando muitas noites fora de casa, e tendo cada vez menos controlo nas despesas que tinha com as suas saídas nocturnas. Influenciado pela mulher e pelo seu chefe de serviço, acabou por fazer o primeiro internamento de desintoxicação, na UTITA. Considera que o programa correu bastante bem e que quando saiu se sentia com força para deixar de beber definitivamente. Contudo, é nessa altura que descobre que a sua mulher tinha uma relação extra-conjugal com o seu chefe de serviço, “*Ai é que me passei completamente da cabeça*” (sic). Terminou a sua relação com a ex-mulher e mudou de unidade, para não ter de se confrontar com o chefe, “*A vergonha dos meus colegas de trabalho era horrível... tinha de sair dali*” (sic.). Assim foi destacado para a unidade de Vila Franca. Este destacamento fez com que todos os dias demore cerca de uma hora e meia de caminho para o trabalho e o mesmo tempo de regresso. Neste momento, os níveis de ansiedade estão bastante elevados, principalmente quando anda nos transportes públicos é quando tem ataques de pânico mais fortes, “*não me sinto bem em sítios com muita gente*” (sic). Nessas alturas começa com uma tosse característica (“*seca, nervosa*”(sic)), agitação psicomotora, sudorese, e uma vontade intensa de sair do autocarro/comboio. Muitas vezes acaba mesmo por sair do transporte para ir beber álcool. Este faz com que diminua a ansiedade intensa que está a sentir no momento, mas depois como sabe que já está atrasado para o trabalho, a ansiedade volta a aumentar. Para não ter de chegar atrasado e de ser “*olhado de lado*” pelos chefes e colegas, acaba por não ir. No dia seguinte, manifesta uma ansiedade maior por ter faltado no dia anterior, mas o mais provável é que faça exactamente o mesmo percurso até ao trabalho.

O CF considera que é “*adicto ao álcool, sexo e noitadas*” (sic), não tendo controlo sobre o dinheiro que gasta quando sai à noite. Gosta de ir para discotecas e fazer-se passar por agentes da polícia, “*Gosto de ir para discotecas de pretos e que fiquem todos a olhar para mim e a pensar que sou bódia. Gosto de me fazer passar por outras pessoas e de encarnar outras personagens*”. Refere que nestas alturas tem uma sensação de superioridade e grandeza de que gosta. Contudo, existem outros momentos em que gosta de estar sozinho e em que se isola. Costuma ir para cafés, onde fica sentado durante horas com o jornal a tapar-lhe a cara. Prefere que ninguém o conheça mas gosta da sensação de que os outros se interessem sobre quem ele é e o que faz.

Vive sozinho no andar em baixo da casa dos pais. Em relação aos pais considera que são demasiado preocupados com o que os outros pensam e que não olham para ele como um filho, mas sim como um problema. Sente que eles não o compreendem e que têm vergonha dele. Tem bastante dificuldade em conseguir falar

com eles, pois acaba sempre por se exaltar e ficar nervoso, não tendo controlo no que faz e no que diz. É o pai que lhe controla o dinheiro pois o CF já não se sente capaz de o fazer. Quando os filhos vêm ao fim de semana acabam por passar a maior parte do tempo com os avós“. Dos poucos momentos em que vi o CF emocionado é quando se refere aos filhos, diz que “não me reconheço no papel de pai”. Acha eu não tem as competências para ser um bom pai e que até a filha já faz queixas dele à avó. Quando está com eles perde a paciência com muita facilidade mas sente-se mal por não conseguir estar lá mais tempo. Numa das sessões o CF referiu que nunca tinha comprado uma prenda aos filhos, que era sempre a ex-mulher ou agora, os avós que o faziam, e que isso o fazia sentir-se um inútil e desvalorizado pelos outros. Concordámos em consulta que o CF iria comprar uma prenda a seu gosto, sozinho a ambos os filhos. Assim o fez, consegui andar sozinho num centro comercial, comprar as prendas e refere que “ *foi um grande momento para mim...foi especial...*”. O CF tem um conjunto de várias dívidas, de pequena quantidade de dinheiro, para pagar a camaradas e no bar da sua unidade, há mais de um ano. Tudo o que tem para fazer acaba sempre por adiar até o máximo que pode ou mesmo até ao ponto de acabar por não fazer as coisas.

Desde que terminou a sua relação que tem tido várias “*namoradas virtuais*”(sic) que conhece pela internet. Chegou a ter momentos em que teve mais do que 15 namoradas, mas neste momento fala mais com uma que é do Porto e tem tido uma outra que o tem vindo sempre visitar ao hospital desde que está internado. Quando vai de fim-de-semana custa-lhe sempre muito voltar para o hospital. Acaba por ter de beber várias vezes no caminho para ter coragem de vir para cá. Diz que não gosta de sítios fechados, que tem claustrofobia. No internamento sente-se melhor a partir do segundo ou terceiro dias, em que como não há ingestão de álcool, existe tempo para que a medicação faça mais efeito e haja diminuição da ansiedade e consequentes ataques de pânico.

Refere que neste momento só uma outra relação é que lhe poderia dar força para conseguir dar a volta à situação e ir conseguindo aos poucos melhorar.

Com o passar das sessões o CF foi-se mostrando sempre bastante colaborante e comunicativo. Apesar de estar medicado e de ter sintomas de boca seca e algum entorpecimento dos músculos faciais, conseguiu expressar bastante bem as suas ideias, com clareza de raciocínio e lógica/fluência verbal. Apresenta, a meu ver uma grande capacidade de insight, tendo facilidade em compreender as coisas á sua volta e o porquê das atitudes dos outros em relação a ele. O CF diz que acaba por dar aos outros aquilo que eles querem, ou seja, age em função das expectativas que acredita que os outros têm em relação a ele. “*Eu não sou assim, no trabalho faço-me*

de parvo e sou o que eles querem que eu seja, sou maluco”(sic), pois esta parece ser uma desculpa suficientemente forte para poder faltar ao trabalho, por exemplo.

Entretanto o CF teve alta hospitalar mas manteve sempre o acompanhamento psicológico no Hospital da Marinha. Só agora numa fase recente é que faltou a duas consultas, porém avisou sempre com antecedência. Para além das sessões de psicologia, o CF tem todas as quartas feiras sessões de psicoterapia de grupo na UTITA.

Já há algum tempo que os pais do CF o andavam a pressionar para que saísse da casa deles, isto porque o CF assumiu uma relação amorosa com a rapariga que o visitava no hospital. O CF diz que essa vontade dos pais tem a ver com o facto de ela ser brasileira e de que eles não querem que se volte a passar tudo o que se passou com a sua ex-mulher. Assim, acabou por alugar um apartamento para irem os viver os dois juntos. O CF mostrou-se sempre receoso em tomar este passo, não estando motivado para tal. Considera que está a ser pressionado pelos pais e também pela namorada, que ficou agora desempregada e que não tem onde ficar.

Apesar de ser contra a sua vontade acabou por ir para o novo apartamento.

O CF considera que de início a relação corria bem, principalmente a nível sexual, que como refere “ *consigo estar a fazer sexo durante três horas*”(sic).

Actualmente, a relação amorosa tem-se deteriorado bastante. Considera a sua namorada uma pessoa extremamente ciumenta e como tal, sente-se no direito de ser também.

O CF deixou de tomar toda a medicação que estava a fazer “ *para ir trabalhar não podia ir a dormir e estou demasiado gordo por causa dos medicamentos...*” (sic).

Desde que deixou de tomar os medicamentos, cerca de duas semanas depois, sente que tem perdido completamente o controlo. Considera que a situação com a namorada “*está insustentável*” (sic).

Na última sessão, o CF apresenta-se com enorme agitação psicomotora na sala de espera. Anda de um lado para o outro e denota grande dificuldade em permanecer sentado ou quieto no mesmo sítio. Encontra-se visivelmente bastante mais magro.

Ao entrar na consulta mostra um grande necessidade de justificar o seu atraso e as duas faltas às consultas anteriores. Em relação à primeira das faltas refere ter sido mesmo verdade a questão de carro ter avariado, mas no que respeita à segunda falta “*não consegui mesmo vir; não estava bem*”(sic).

Agora também não se sentir bem, mostra-se bastante agitado e diz que esteve mesmo para não vir à consulta, “*não sabia como vir, estive mesmo para não vir...*”(sic).

Salientei o facto de não duvidar da sua palavra e que coisas dessas (como a avaria do carro), qualquer pessoa pode ter.

Saltou-me à vista o facto de o CF apresentar um braço bastante arranhado e com algumas nódoas negras contudo, não referi nada, pois seria provável que ele tomasse essa iniciativa.

Começa por referir que “ *as coisas estão completamente descontroladas lá em casa. Também já não vou desde 2ª feira ao trabalho*”(sic). Relata que tem tido discussões frequentes e bastante violentas com a sua actual companheira. Agrediu-a fisicamente e que “ *ela ficou em muito mau estado*” (sic). Para ele é como se a história com a sua ex- mulher se estivesse de novo a repetir.

Os episódios de violência, segundo CF começaram devido ao facto que a sua companheira sempre foi bastante ciumenta. No início, pela ligação que mantinha telefonicamente com uma pessoa, até sentia que os seus ciúmes poderiam ter algum fundamento. Mas com o passar do tempo, sentia não poder ligar o telemóvel, fazer chamadas ou mandar mensagens, sem que se sentisse invadido “ *queria controlar tudo o que eu fazia* “ (sic).

Com todo este sentimento de desconfiança em seu redor diz ter tomado a mesma postura, querendo saber tudo o que ela fazia, a quem telefonava e mandava mensagens, onde ia, etc.

Nesta fase em que sente que está a “ *perder o controlo de si mesmo*”(sic), há momentos em que não é mesmo capaz de evitar. “ *Ela em vez de evitar e de aproveitar as dicas que dou para lidar comigo, ainda parece que me provoca mais*” (sic).

Numa das discussões que tiveram posteriormente, o CF queria expulsar a namorada do carro, mas como ela não saía picou-a com a chave do carro, muitas vezes seguidas, por todo o corpo. Depois de o ter feito arrependeu-se bastante e chorou a pedir-lhe desculpas.

Sente-se irritado por todos o tratarem como se fosse maluco, “ *como eu é que sou o maluco, nunca posso ter eu a razão e isso põe-me fora de mim*”(sic). Considera que precisa de um voto de confiança, que os outros acreditem que ele é capaz de fazer também coisas boas.

“ *A desculpa para tudo o que eu faço é por eu ser maluco e não outra qualquer, é como se nunca pudesse ter razão naquilo que sinto...*”(sic).

Numa outra discussão com a namorada, resolveu sair de casa e quando ia a descer as escadas ela atirou-lhe com uma viola. Quando já se encontrava na rua ela liga-lhe a dizer que vai incendiar o andar. O CF volta a casa e quando lá chega a sua namorada tinha feito uma fogueira no meio da sala com os navios de madeira que o

CF colecciona. “*Ela anda completamente descontrolada, eu é eu sou maluco mas eles em vez de me tentarem por bom ficam iguais a mim*”(sic).

O paciente mostra-se totalmente desinteressado pela namorada, principalmente a nível sexual, referindo que “*ela está sempre a dizer que a minha ex-mulher devia ser uma escrava sexual e depois eu digo-lhe ela é que já não me interessa, já não dá pica*” (sic).

Ao CF foram aplicadas as provas projectivas TAT e Rochasch, pela minha colega de estágio Carolina Rodrigues, uma vez que tem um maior domínio destas provas. A sua professora Emília Marques, do ISPA, foi quem fez a interpretação das mesmas, tendo acesso a uma breve história introdutória da vida do CF.

Protocolo de Respostas do Rorschach: CF 32 anos

Respostas	Inquérito	Anotações
I		
1- Morcego	Insectos por causa desta parte do corpo (superior interior).	
2- Aranha	Faz mesmo as antenas que os insectos costumam ter. <i>(toca na prancha sem a levantar)</i> Lembrei-me da aranha por causa desta parte (Ddbl central)	
II		
3- Duas pessoas a dançar.	Estão a dar a mão a dançar.	
4- Duas moças juntas, ajoelhadas.	Joelhos vergados a dançar.	
5- Dois coelhos	Faz lembrar dois coelhos porque esta parte (aponta) me	

<p>6- Sangue</p>	<p>lembra orelhas de coelhos. Sem a parte vermelha. Eu gosto muito de coelhos</p> <p>A parte vermelha (vermelho inferior). Sangue por estarem a bater com o joelho com muita violência.</p> <p>R.A: Um lançamento de um foguetão porque isto faz-me lembrar um foguete (Dbl central). Isto é a explosão (vermelho inferior)</p>	
<p>III</p>		
<p>7- Duas pessoas</p> <p>8- Dois negros a aquecerem-se numa fogueira. Fumo</p>	<p>Para já tem os pés grandes. Cabeça vergada Estão vergados. Isto são pernas (lateral inferior). Estão com as mãos estendidas (médio interior). Aqui é a fogueira (central) São dois negros, não so pela cor como pelas cabeças. Fazem lembrar aquelas estatuetas que os negros fazem.</p>	
<p>IV</p>		
<p><i>(Silêncio, soprou, colocou a mão na cara)</i></p>	<p>Este vermelho faz lembrar o calor que está a sair da fogueira. (vermelho central).</p>	

<p>9- Um monstro esquisito de costas, com dois pés muito grandes. Está com a cabeça vergada e formato estranho; qualquer coisa parecida com um ser-humano mas deformada. Está a levantar uma árvore. Vejo a coluna dele aqui, está a fazer força com as costas.</p> <p style="text-align: center;">V</p>	<p>Tem uns pés muito grandes. Tem a cabeça vergada (superior). Aqui faz lembrar a coluna vertebral dobrada (médio central) porque está a fazer força, derruba aqui a árvore (inferior central).</p>	
<p>10- Uma borboleta. Faz lembrar uma figura de filmes de terror. Não consigo imaginar mais nada.</p> <p style="text-align: center;">VI</p>	<p>Por causa das asas (lateral), esta parte da cauda (extrem. inferior central). As borboletas costumam ter caudas como estas.</p>	
<p>11- Um símbolo de índios é o que me vem à cabeça.</p> <p>12- A pele, pêlo de um animal retirado. Várias penas. Pêlo de animal esfolado. Um pau, um pau bicudo.</p> <p style="text-align: center;">VII</p>	<p>Uma figura de um filme de terror por causa dos chifres (extrem. superior).</p>	
<p>13- Duas bonecas com tótos (<i>riiu-se</i>)</p>	<p>Isto é uma pele de um animal que foi esfolado. Depois aqui tem as penas de várias cores espetadas no pau. (lateral superior) Parece que é um pau que está</p>	

<p>14- Duas cabeças de porco</p> <p>15- Dois corações deformados</p>	<p>espetado a furar. (eixo central)</p> <p>Faz lembrar um rabo-de-cavalo levantado. (extrem. Superior).</p> <p>Depois formato de bonecas. Tem aqui o nariz.</p>	
<p>VIII</p>		
<p>16- Faz-me lembrar um tórax humano. Isto é os pulmões, a parte abdominal.</p>	<p>Aqui em baixo faz lembrar um porco (médio). O focinho, olho, orelha e tem a boca aberta.</p> <p>(pega no cartão)</p>	
<p>17- < Também vejo dois animais felinos.</p>	<p>E os corações mas não o símbolo do coração, é o coração mesmo verdadeiro, é mesmo o órgão. (inferior)</p>	
<p>IX (Silêncio)</p>		
<p>18- Uma cascata.</p> <p>19- Isto aqui faz-me lembrar um pouco um mapa de um país</p>	<p>Aquelas imagens em que aparece nas ecografias, não, nas radiografias. Faz lembrar uma radiografia. Aqui vejo os pulmões (verde). Aqui a parte das costelas, clavícula (cinza). Aqui faz pensar nos músculos abdominais (laranja inferior).</p>	
<p>20- Uma ponte levadiça</p>	<p>Depois virando assim >, vejo estes dois animais felinos em</p>	

<p>21- Aqui em baixo faz-me lembrar um peito de uma mulher.</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>22- Vejo o fundo do mar, debaixo de água. Vejo recifes, estes peixes amarelos, dois mergulhadores a nadar, cada um a tocar num recife.</p> <p>23- Duas pessoas ou algo parecido com pessoas em cima do rochedo. Dá a sensação que essa parte do rochedo já está à superfície e não lança um objecto para o fundo.</p> <p>24- Também vão ser atacados por estes monstrosinhos que têm qualquer coisa na mão para lhes bater.</p>	<p>posição de ataque, a fazer força sobre a perna e a outra está estendida em posição de ataque (rosa lateral)</p> <p>Aqui a queda de água (central)</p> <p>(verde)</p> <p>Aqui, uma ponte levadiça, se baixa dá para passar por cima da água (central super. Laranja)</p> <p>A parte do peito feminino (rosa central inferior), tirando esta parte aqui (lateral rosa inferior), porque tem aqui dois ligeiros bicos salientes (tonalidades do cartão) (escondeu quase por completo de forma a ficar só saliente os seios).</p> <p>Parecem dois mergulhadores (castanho) a tirar alguma coisa de um rochedo (rosa), tem aqui as barbatanas (laranja).</p> <p>Estes amarelos, fazem-me lembrar peixes por causa dos olhos, peixes estranhos. Há muitos peixes estranhos, estes</p>	
--	--	--

	<p>são uns deles.</p> <p>Vejo duas pessoas (cinza superior lateral) a agarrar um objecto pesado e vão atirar para baixo (cinza superior central).</p> <p>Vão ser atacadas por estes bichos (azul lateral) e vão lhebater com isto (verde)</p> <p>✓ Até podia ver outra coisa.</p> <p>R.A: Uns olhos (amarelo), um nariz e um bigode (verde) e já passava a ser outra coisa. O rochedo passava a ser o cabelo (rosa), isto transformava-se nas sobrancelhas (azul central), dantes seria uma parte do rochedo que com este objecto iam partir (cinza superior central).</p>	
--	---	--

Prova de Escolhas

Escolha +

X – O último, o do recife. Talvez por serem mais coloridos, porque deu para imaginar mais coisas.

IX – Foi as cores, o ter dado para imaginar várias coisas

II – Também gostei deste, do que tem sangue, por causa da dança e depois faz-me lembrar coelhos. Gosto de coelhos.

Escolha -

V – Não gosto de borboleta preta. É sombria, embora até seja atraído por coisas do género. Até gosto de filmes de terror, são os meus preferidos. Até associei esta parte a um filme de terror. Isto é um demónio, faz lembrar os demónios que vejo nos filmes.

VII – Porque para mim parece a cabeça de duas bonecas decapitadas e de dois porcos decapitados e depois por causa do coração. Quando vejo um coração lembro-me de problemas cardíacos e coisas assim.

Cartão 1

Um menino que quer, está a pensar mas não sabe tocar o violino mas tem vontade de aprender e está a sonhar que um dia mais tarde vai saber tocar muito bem.

Cartão 2

É uma zona isolada, uma família viva e que vive na agricultura. Há uma professora que os visita para lhes ensinar a escrever.

Cartão 3

Não sei se é bem um rapaz ou rapariga (riu-se). Está a chorar porque sofreu um desgosto de amor. Isto é uma tesoura, tem uma tesoura ao lado e pensou em suicidar-se. É só.

Cartão 4

É um bar, estão num bar. Houve uma discussão e este senhor quer bater em alguém e está uma namorada ou esposa que tenta acalmá-lo. Penso que seja isso.

Cartão 5

Uma senhora que encontra uma porta aberta, a casa não é dela e ela abriu a porta porque ouviu uma discussão. Penso que é só, não consigo imaginar mais. Em principio vai ajudar a acalmar a discussão.

Cartão 6

Alguém está de partida, enquanto a senhora vê a outra pessoa partir, que se vai embora pela janela. O rapaz fica triste e amargurado com a ausência dessa pessoa.

Cartão 7

É um pai que está a dar conselhos a um filho sobre algo. Dá opinião e o rapaz fica pensativo mas não reage.

Cartão 8

Alguém que está a morrer e os outros dois senhores estão a tentar ajudá-lo, estão a cortar-lhe a roupa com uma tesoura, rasgar para ir à zona do ferimento; e o rapaz que disparou sobre ele, afasta-se.

Cartão 10

É um casal apaixonado e estão a despedir-se e ele vai ficar uns tempos longe dela.

Cartão 11

Alguém caiu neste precipício. Alguém caiu e já está morto e os abutres vão começar a pairar sobre ele. Penso que é só.

Cartão 13

É uma rapariga que estava doente e acabou por falecer e o marido afastou-se a chorar porque não pode fazer mais nada.

Cartão 19

Uma casa que está coberta de neve. É um Inverno muito intenso e lá dentro está uma família a viver mas que ficou isolada pelo mau tempo.

Cartão 16

Imagino-me a mim com os meus filhos. Eles a brincarem numa casa que temos recentemente. Também estou com outra pessoa mas que não é a mãe dos meus filhos. O emprego está bom e estamos a dar-nos bem.

COMENTÁRIOS À PROBLEMÁTICA:
Elaborados Professora Emília Marques- ISPA

Imaturidade afectiva.

Mostra um lado abatido, incapaz de decadência, desligado da realidade dos afectos.

Assinala a ideia de que a vida dele tem-se vindo a decompor.

Corres todos os riscos (velocidade como sinal de suicídio)

Nesse risco está a perigosidade como qualquer coisa que o está a prejudicar e que se está a afundar. Ele sabe que alguma coisa não está bem. Rodopio esgotante para se retemperar no nada.

A vida segue o destino da aniquilação e aproximação a uma lógica de morte.

Dormir → retirada.

Movimentos de auto-destruição (álcool) e de lágrimas, tristeza → despersonalização psicótica.

Movimento constante regressivo → infantil

Duas hipóteses de lógica (linhas estruturais)

- estrutura psicótica não descompensada
- depressivo
- É um fronteiroço e pode cair na desrealização?

COMENTÁRIOS AO RORSCHACH E T.A.T:
Elaborados pela Dra. Emília Marque – ISPA

Cartão II

Resposta 3 e 4 parece haver uma construção a partir de momentos.

Resposta 6 → entra na lógica da violência a partir de onde vem uma explosão naquilo que era o sangue. Aquilo que era união passou a explosão.

Cartão IV

Resposta 9 (inquérito) “vergada” há um deslocamento para o parcial corporal. “Coluna” – aquela que sustenta, tudo é feito a partir daí mas quando claudita, cai tudo – esgota-se.

Há um movimento de +-, -+ nunca tem solução. Nunca se sabe se consegue um exercício de força que quebra a ele próprio. Tudo se esvai, não fica lá nada.

Cartão V

Face a um objecto conhecido, instala-se o terror → lógica persecutória. Ele próprio é o elemento ameaçador. Ele teme o conhecido, ele codifica de capacidade que ele não tem, tornando-se ameaçador, persecutório para o sujeito dotar o Eu de atributos suprativos que ele coloca a mais (força, manipulação) que se torna persecutório. O objecto passa de conhecido a desconhecido, torna-se bizarro, estranho. Não se aniquila, sente-se perseguido.

Cartão VI

Resposta 12 – os atributos viris não são suficientes para estabilizar a sua vivência face ao cartão e aparece uma penetração mas depois desvitaliza – “animal que foi esfolado”.

“Espetado a furar” – agressividade. É como se ele estivesse sossegado e em acção.

Cartão VII

Resposta 14 – imagem oral.

Resposta 15 – afectos deformados

Cartão VIII

Inquérito da resposta 16 → “ecografias” – recusa a cor. Está a falar da destruição dele próprio.

“Músculos abdominais” – bizarro

Inquérito da resposta 17 → os animais que atacam um self desvitalizado. “Posição de ataque” - as coisas são feitas com esforço

Cartão IX

Síntese.

Resposta 18 → Movimento pulsional.

Resposta 19 → inespecífico, perde-se na diluição

Resposta 20 → recupera com a ponte a ver se dá força outra vez, esse movimento de voltar ao princípio.

Resposta 21 → nível oral passivo, cai num nível pior do que aqua que se esvai

Prova de Escolhas

Escolha -: Cartão VII → “por causa do coração” – fragmentação.

T.A.T.

Cartão 1

Sonho, vontade, aprende magicamente

Cartão 2

Como se estivesse tudo morto à volta. Isola, destaca-se e isola dentro do próprio cartão.

Cartão 6

Condensa tudo – confusão espacial (o espaço não interessa)

Cartão 11

Dimensão regressiva e poder regressar

Cartão 19

“está lá dentro uma família” – preso, não tem saída. Pressupõe a ideia que vão viver lá, mau tempo que permanece.

Conclusão geral

Anuncio de desagregação. Tem alguns apegos ao real, ainda que arbitrários, que não agarram o real – desagregação.

Psicose e mais concretamente a esquizofrenia vai acabar por instalar-se. Fragmentação realizada. Até a sexualidade é um objecto parcial. A relação com as coisas é sempre parcializante, apesar de tudo ainda liga a algumas coisas, mas nada existe. Tudo é igual (sexo virtual, sexo real).

Até a queixa não é coerente. A função do álcool poderá ajudar a sustentar a desrealização, também o move, tem a função de desinibir e agarrar alguma coisa. O álcool tem aguentado mas leva à desagregação. Tem elementos de sustentação à realidade (parte fálica – força).

Não é uma lógica psicótica desertificada.

Reflexão

O CF apresenta uma personalidade manipuladora que lhe confere uma sensação de poder e domínio sobre os outros. Parece-me que experiência de controlo é sentida como uma segurança, pois como apresenta falta de auto-controlo é como que se o pudesse recuperar através do exterior.

Contudo, salvo algumas excepções pontuais o CF adoptou essa postura em situação de consulta. Sinto que com o passar das sessões se estabeleceu uma relação terapêutica saudável, em que o CF compreendeu que aquele é um espaço onde pode ser realmente quem ele é: com as suas partes boas e menos boas. É como que se não precisasse de representar, como faz em quase todos os outros contextos da sua vida. Acho que nas consultas consegue realmente pensar-se em vez de apenas se sentir.

A estrutura de personalidade borderline do CF, confere-lhe grande dificuldade em estabelecer e manter relações sociais adequadas, devido à sua labilidade emocional e ao seu comportamento impulsivo. Daí que, opte na maioria das vezes por ter “namoradas virtuais”, que lhe permitem ser que ele quiser, idealizar o outro e a relação mas, sobretudo, não ter retorno da outra parte. Isto prende-se com a grande dificuldade que o CF apresenta a qualquer tipo de crítica. Mesmo em situação de consulta, quando lhe faço clarificações e devoluções de alguns aspectos que considero significativos, não são bem recebidas pelo paciente. Mesmo não se tratando

de críticas, a confrontação consigo mesmo, com as suas atitudes, é sentida como demasiado dolorosa. Assim, sente necessidade de, grande parte das vezes, reformular o que lhe é devolvido, mesmo sendo a minha devolução feita com as suas próprias palavras.

Todo o seu padrão de relações interpessoais é marcado pela instabilidade e intensidade da sua vivência. Este padrão é pautado pela alternância entre extremos de idealização (como por exemplo, nas relações que mantém por telefone ou pela Internet, que lhe dão espaço para essa idealização) e de desvalorização (como acontece na sua relação actual, em que se coloca num nível de superioridade, rejeitando e despresando a sua namorada).

É evidente a sensação de vazio crónico no CF, em que tudo o que faz é porque é levado a fazê-lo, considerando que os outros é que não o compreendem e que não sabem lidar com ele. Há um vazio de emoções adequadas.

O CF tem “oscilações personalísticas” que lhe permitem sentir-se forte e capaz de tudo, e outras vezes fraco e vulnerável e exige dos outros essa compreensão. Tem dificuldade em compreender que tem de mudar algo em si, pois os outros é que o levam a ser desta forma. Por exemplo, com as agressões físicas que voltou a ter para com uma companheira sua, considera que o faz porque ela é que não o compreende e que o provoca nesse sentido. Refere que as pessoas que o rodeiam se valem da desculpa de o CF “ser maluco” (sic) para justificar qualquer atitude que ele tenha, mas é como que se ele mesmo acreditasse também nisso e assim se deixe estar, pois essas são as expectativas dos outros. Esse vazio crónico em si mesmo faz com que viva do que os outros lhe dão.

Existe uma contradição das percepções que vai tendo de si, o que o leva a desenvolver também atitudes contraditórias.

O CF manifesta alterações na sua relação com a realidade, ou seja, a realidade é adequadamente avaliada, mas o comportamento é inapropriado e incoerente com a avaliação efectuada.

Apresenta um comportamento impulsivo em relação ao álcool, ao sexo, às saídas à noite, aos gastos financeiros e à condução imprudente, pois para além de preencherem esse vazio interno, funcionam ainda como estratégias desadequadas de diminuir a ansiedade extrema em que vive. Os seus níveis de ansiedade são bastante elevados, chegando mesmo a vomitar sangue, pois a tosse típica que tem, mesmo sem ter comida no estômago, levam-no a regurgitar. Estes níveis ansiogêneos, mantém, por si só, a impulsividade do CF, pois com estes comportamentos

momentâneos de beber álcool, de actividade sexual, consegue reduzir de uma forma quase imediata a tensão e ansiedade que sente.

O CF no início das sessões fez referência ao facto de já ter tido ideação suicida. Disse que cada vez que atravessava a ponte de carro, quando ia para Lisboa, lhe passava pela cabeça atirar-se ao rio.

Pensando no motivo da urgência do internamento, ou seja, na junção de álcool com a medicação, e apesar de o CF ter referido que não foi um acto pensado, que a sua intenção não era o suicídio, parece existir uma indiferença em relação a essa possibilidade. É como se, mesmo estando consciente das consequências negativas que podem advir de determinado comportamento de risco, isso não tivesse importância, quase como se “tanto faz viver como morrer”.

Os episódios de perda de controlo, de intensa irritabilidade, ansiedade extrema, lutas corporais constantes, de uma maneira geral duram apenas algumas horas ou uma pequena quantidade de dias. Como demonstra a expressão que o CF referiu na última sessão, *“Estou todo partido, extremamente cansado...até me doem as pernas...parece que andei a fazer exercício.”* (sic), depois de uma grande activação psicomotora vem o “rescaldo” que é marcado pelo cansaço extremo e desgaste físico e mental.

Ao longo das sessões o CF foi fazendo progressos e manifestando ganhos terapêuticos significativos, “os pequenos passos” como definimos na consulta. Conseguiu ir pagar as dívidas que tinha há mais de um ano, no seu local de trabalho; pagou a dívida que tinha para com o seu pai; esteve sem beber álcool durante 1 mês; depois do internamento começou a ir ao trabalho todos os dias sem necessidade de sair dos transportes; era capaz de se levantar de manhã e todas as semanas não faltava às consultas de psicologia nem às reuniões da UTITA. De uma forma geral, o CF estava a sentir-se melhor consigo e com os outros, o que o levou a deixar de tomar a medicação, com o intuito de não andar sonolento, de emagrecer mas, também de recuperar algum controlo e autonomia, sentir que é capaz.

Porém, como seria de esperar, houve um retrocesso em todo o processo que estava a ser feito, surgindo de novo o descontrolo, vazio e angústia anteriores.

Dois aspectos que considero positivos no CF acentam no facto de ter continuado a vir às consultas e ter compreendido, ao fim de duas sessões, a necessidade da medicação no seu caso específico, tal como os efeitos adversos da sua retirada brusca (Síndrome de abstinência); o que o levou a marcar uma consulta de psiquiatria.

Caso Prático INT2

Suporte Teórico

São vários os medos que podem surgir durante o período da infância, um dos mais frequentes é a fobia ao escuro e o medo de dormir sozinho (Carrillo, Amarós e Sánchez, 2004 & Odrozola, 2001). Estima-se que um terço da população infantil manifeste medo em permanecer em locais escuros (Mendéz in Carrillo *et al.*, 2004).

Geralmente é um medo que surge por volta dos 4 anos de idade (Ollendick, 1979 in Carrillo *et al.*, 2004) e que por volta dos 6 anos vai desvanecendo. O medo do escuro é um medo considerado transitório, manifestando uma função adaptativa e que com o passar do tempo é natural que vá desaparecendo. Contudo, nalguns casos, este medo não desaparece, tornando-se limitativo para o sujeito e passando a tratar-se de uma fobia (Carrillo *et al.*, 2004).

De acordo com Fredrikson, Annas, Fisher & Wik (1996 in Carrillo *et al.*, 2004) a prevalência de fobia ao escuro é de aproximadamente 2,3%.

Tal como qualquer outra fobia, a fobia ao escuro pode começar a interferir com a qualidade de vida do indivíduo, limitando diversas das suas actividades diárias. A hora de deitar passa a ser uma altura particularmente ansiogénea, podendo despoletar na criança uma forte ansiedade, com choro e a recusa em ir para a cama.

Uma das terapias mais utilizadas, pelos resultados terapêuticos apresentados e também pela continuidade que pode ter em casa, é a chamada biblioterapia.

A biblioterapia é indicada sobretudo para crianças que necessitem permanecer afastadas de seu ambiente familiar – em creches e hospitais” (Ratton, 1975). É interessante ressaltar que a criança se sente fragilizada, principalmente quando os seus familiares não podem permanecer ao seu lado. O desconforto presente nestes casos pode ser aliviado com as sessões de leitura e actividades auxiliares. A criança, estimulada pela novidade, acabará por “viajar” num mundo de fantasias e aventuras, cuja ferramenta-chave é o livro (Bueno *et al.*, 2002).

No início da vida, a linguagem ajuda a dar forma ao mundo sensorial. Quando a criança ouve uma história, a linguagem tem o mesmo papel de dar forma a um mundo sensorial interno.

Uma criança que diz gostar mais do rádio do que da televisão porque nele as figuras são mais bonitas dá-nos muitas pistas: o processo criativo dentro dela está pronto para ser activado; o seu projecto interno responde à palavra e ela é uma testemunha que se deleita com o espectáculo. Assim, a história contada na hora da

criança dormir, na penumbra, possui um enorme poder. As palavras da história recorrem aos materiais internos de que a criança dispõe. A capacidade de formar imagens internas e de transferir o significado através dessas imagens são as funções presentes; essa é a base do pensamento abstracto, o indício de um intelecto maduro. Unem-se três diferentes meios de percepção: a imagem concreta, a imagem do sonho, a imagem abstracta (Machado, 2005).

Caso Clínico

Nome: IN

Idade: 9 anos

Sexo: feminino

Primeira Sessão

Principais Objectivos:

- Compreensão da problemática manifestada pela IN
- Análise da visão dessa problemática sob a perspectiva da IN e da sua mãe

A IN é uma menina de 9 anos de idade e que está a frequentar a 4ª classe. É uma aluna de “plenos*” a todas as disciplinas e apresenta bom comportamento na escola.

Tem uma cadela e um pássaro como animais de estimação.

A família fez uma mudança de casa há aproximadamente três anos atrás, situação a que a IN se adaptou bem, mesmo porque era ainda pequena.

Vem à consulta de psicologia do Hospital da Marinha a seu próprio pedido aos pais. A sua queixa principal consiste no facto de não conseguir dormir sozinha no seu quarto. Não é capaz de ir para a cama acordada, sendo que se deixa sempre dormir no sofá e depois são os pais que a levam para o seu quarto.

Acorda frequentemente durante a noite e vai para o quarto dos pais, os quais acabam por ceder e deixa-la dormir na cama com eles. Em primeiro não se importava de dormir com ambos os pais mas ultimamente já só quer dormir com a mãe.

Dorme sempre com a luz do quarto acesa.

Quando se aproxima a hora de dormir a IN começa a ter dores de barriga e com vontade de vomitar.

Quando questionada se “*achas que essas dores de barriga e vontade de vomitar é por teres comido alguma coisa que te fez mal?*” a IN responde que acha que não, “tem a ver com ter de ir dormir”(sic).

***plenos** - classificação máxima

A IN desde o um ano e meio de idade que foi dormir para o seu quarto, e até pouco tempo atrás nunca tinha tido este tipo de problemas. Posteriormente às primeiras manifestações de medo e recusa em dormir sozinha, os sintomas foram-se agravando, principalmente nos últimos um/ dois meses.

Faz referência a sonhos com ladrões e a zona do corredor da casa é especialmente temida, por ser mais escura. Apresenta um sono agitado.

Manifesta pavor por cães, mas nunca teve um episódio negativo anterior. Para além destes medos, a mãe referencia que como agora vivem numa vivenda, a IN tem medo “que venha alguém e lhe faça mal” (sic).

Há cerca de 1 ano e meio nasceram as irmãs da IN, são gémeas e dormem as duas juntas num quarto separado da IN.

A mãe refere que toda a família diz que este medo da IN tem a ver com o nascimento das irmãs, mas a mãe diz ter as suas dúvidas que seja essa a razão.

A IN não sabe explicar o porquê de ter medo de dormir no quarto, mesmo sabendo que “não há monstros nem ladrões debaixo da cama ou dentro do guarda-fatos”.

Tem uma relação bastante boa com as irmãs, gostando de brincar com elas e tratar delas.

Quis vir à consulta pois quer perder este medo e assim pediu aos pais para que a trouxessem. Gostava de “ficar boa” até ao seu dia de anos, o qual é dentro de aproximadamente mês e meio. Isto para que nesse dia pudesse convidar as suas amigas a dormir em sua casa e como referencia a mãe, “se ainda não conseguir dormir no seu quarto sozinha, os amigos não podem ir dormir com os pais para a cama” (sic).

Parece existir ainda uma correlação entre uma maior vontade de a IN ir dormir para a cama dos pais, quando o pai se encontra de serviço e a mãe está em casa sozinha com as filhas. Nessas situações vai sempre dormir com a mãe.

Antigamente costumava ir dormir a casa da avó, o que gostava muito de fazer. Actualmente já não é capaz, diz ter medo (“não sabe de quê”), o que a deixa triste por saber que a avó gostava muito de quando ela lá ia.

A IN quando vai a festas de anos apresenta os sintomas ainda mais acentuados. Não consegue encontrar a razão, sendo que a mãe associa as queixas de dores de barriga, choro e irritabilidade, com o facto de a IN vir para casa de noite. Acredita que de alguma forma, este factor a afecte ao ponto de enfatizar ainda mais os sintomas.

Durante a primeira consulta ficou acordado que a IN viria uma vez por semana às consultas.

A IN mostrou-se sempre bastante motivada embora com um receio evidente de ter de faltar às aulas para vir. Não quer que os seus amigos saibam que frequenta consultas de psicologia clínica, pois considera que essa seria uma forma de ter de contar que tem este tipo de problemas.

Segunda Sessão

Principais Objectivos

- Estabelecimento do Contrato Terapêutico
- Curso: O que é o Medo

- **Estabelecimento do contrato terapêutico:**

- Explicar que nos vamos encontrar 1 vez por semana
- Que cada sessão terá entre 40 a 50 minutos
- Que este é um espaço em que pode falar sobre tudo o que quiser
- Que vamos trabalhar juntas para a ajudar a superar o medo de dormir na sua cama sozinha
- Que por vezes vou falar com a mãe e com o pai para também eles poderem ajudar
- Que a Inês está “cheia de vontade” e muito motivada para conseguir dormir no quarto e que isso vai ajudar muito

- A psicóloga é um bocadinho diferente dos médicos e não tem comprimidos para receitar: não vai ser de um momento para o outro, mas aos pouco e poucos vai melhorando.

A IN é uma menina bastante perspicaz e com uma grande facilidade em compreender e associar o que lhe é transmitido, o que facilita bastante a terapêutica.

Como forma de introdução, para se ir estabelecendo uma relação terapêutica e a IN se ir familiarizando um pouco com o ambiente de consulta, foi-lhe pedido que elaborasse um desenho sobre um tema livre. Foram fornecidas folhas e lápis de colorir. O desenho elaborado pela IN encontra-se em seguida:



Desenho 1- Elaborado por IN, que no tema livre, opta por desenhar a sua própria família.

A IN mostrou-se sempre bastante confiante nas tarefas que realiza, determinada no desenho que queria fazer, nas cores a utilizar, nas posições onde colocar as figuras. Optou por desenhar a sua família, onde todos os membros são representados com cores alegres e nenhuma das personagens se destaca das outras. Parece estarem desenhadas de acordo com uma hierarquia cronológica (do mais velho para as mais novas- gémeas- à mesma altura). O desenho não parece revelar uma alteração familiar sentida de forma negativa pela IN. Todos os membros da sua família real estão com um sorriso.

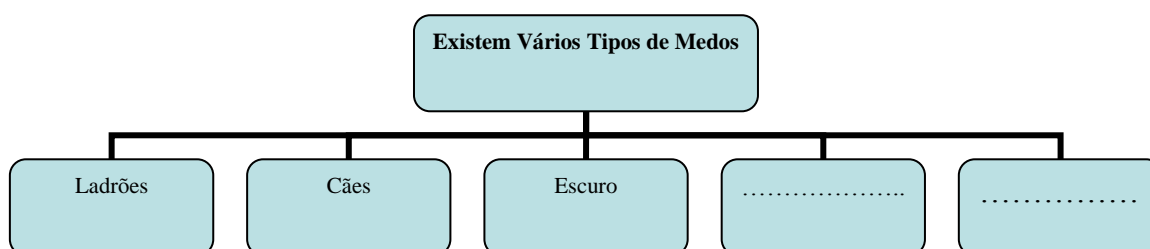
Mostrou-se sempre bastante colaborante, respondendo a todas as questões colocadas, embora às vezes com alguma hesitação (quase como se sentisse algumas das questões como uma avaliação). Contudo, este foi um aspecto, que com o ganho de confiança e familiaridade com o contexto de consulta, foi sendo ultrapassado e melhorado. No final do desenho falamos um pouco de como tinha sido a questão do sono nesta última semana. A IN referiu que não tinham existido grandes alterações, e que os seus medos persistiam.

Posto isto foi então iniciado o que passei a designar por **Curso do Medo**.

Este curso é constituído por 4 partes:

1. **Primeira Parte**: “Já sei o que é o medo!”

Já sei o que é o Medo



Ficha 1- “Já sei o que é o medo”.

Foi explicado à IN que iríamos agora iniciar um curso para a ajudar a compreender um pouco melhor o seu medo.

Antes de mais expliquei que existem diferentes tipos de medos e que cada um de nós pode ter um medo distinto de outra pessoa qualquer.

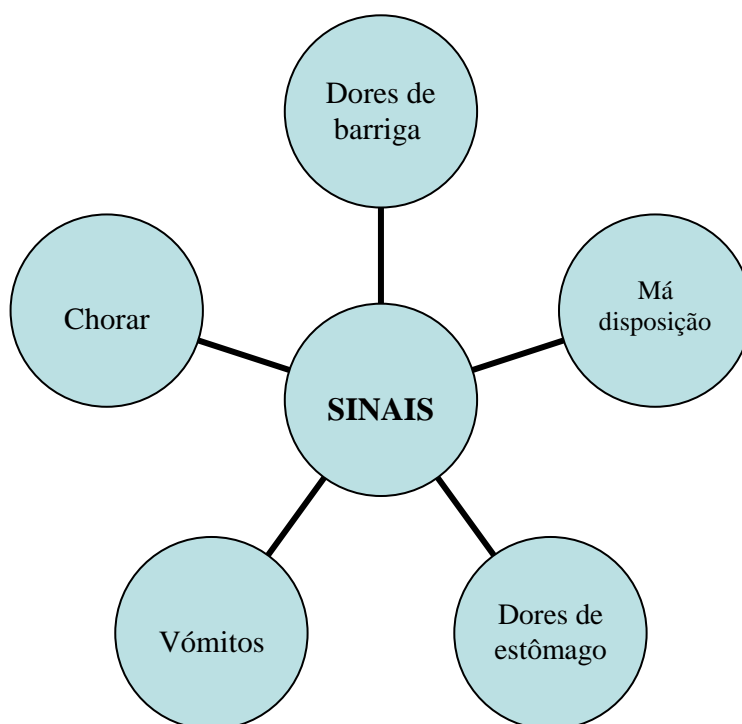
Questionei a IN relativamente a “ quais é que achas que podem ser os medos que as pessoas podem ter?”.

A IN referiu o medo dos ladrões, dos cães, do escuro, de andar sozinho na rua e de dormir no quarto sozinha.

Como seria de esperar referenciou os seus próprios medos. Os quais escreveu em cada um dos quadrados da ficha “*Já sei o que é o medo*” .

Terapeuta - “ Sabes que o medo pode provocar diferentes coisas no nosso corpo. Por exemplo, eu quando estou com medo fico com dores de barriga. O que achas que se pode mais sentir quando estamos com medo?”

Cada uma das suas respostas foi escrita na segunda folha do Curso do Medo: SINAIS. A IN referiu para além das dores de barriga, a má disposição, o choro, os vómitos e as dores de estômago, como se verifica pelo organigrama seguinte:



Ficha 2 – “Os sinais”.

Estas fichas foram elaboradas no sentido de educar a IN a reconhecer que é natural termos medos, e que estes podem ser bastante diferentes uns dos outros. Cada um de nós tem diferentes formas de lidar com esse medo e que quando estamos com medo sentimos os sinais sendo importante saber reconhecê-los e controlá-los.

Ainda nesta sessão foi dado um registo de auto-monitorização à IN, onde ela terá de colocar a cara feliz – cor-de-rosa- quando dorme no seu quarto e/ou a cara inexpressiva- azul- quando não dorme sozinha no seu quarto (Imagem 1).

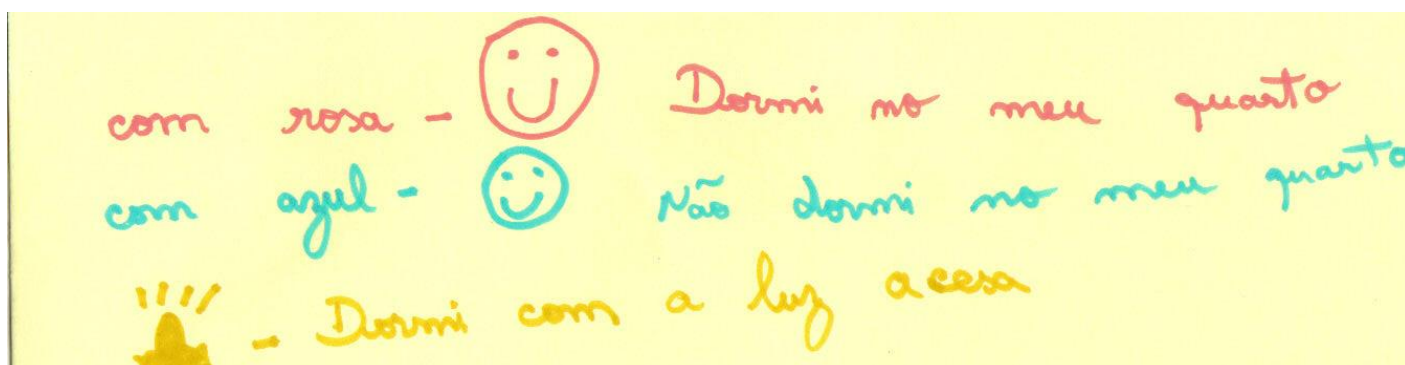


Imagem 1- Sinais utilizados para representar quando dorme ou não no seu quarto e se tem a luz acesa ou apagada.

Para além de colocar a figura respectiva no auto-registo face ao ter dormido sozinha ou não, a monitorização inclui ainda o registo relativamente à luz acesa ou apagada quando se vai deitar.

Ficou estabelecido que todas as semanas o registo seria feito e que na semana seguinte, em situação de consulta, falaríamos sobre o registo da respectiva semana.

Segunda **Terça** **Quarta** **Quinta** **Sexta** **Sábado** **Domingo**

Quadro 1- referente ao registo de auto-monitorização semanal da IN.

Terceira Sessão

Principais objectivos

- Revisão da sessão anterior
- Integração dos conhecimentos da sessão anterior (O Iceberg)
- Implementação da estratégia da Higiene do Sono
- Enfatização da Motivação/ relação terapêutica
- Entrega de Certificado

No início da sessão a IN entregou-me um desenho elaborado por ela em computador. Este acto denota o empenhamento e motivação que tem em relação ao tratamento e que, muito possivelmente se sentiu bem na sessão anterior.



Desenho 2 – Elaborado pela IN em sua casa, para me oferecer.

Como forma de revisar os conhecimentos adquiridos na sessão anterior, questionei a IN se ainda se recordava do que tínhamos conversado na sessão anterior. Com a confiança que a caracteriza, mas ainda sob um intuito sentido como avaliativo, fiz um resumo bastante fiel do que tínhamos falado anteriormente.

Garantida a aquisição destes conhecimentos, introduzi a Segunda Parte do Curso “Já sei o que é o Medo”: O Iceberg. Nesta parte é apresentado um texto sobre um iceberg do qual os barcos que navegam no mar têm de se desviar para não encalhar. Para evitar encalhar os navios têm radares que apitam e acendem uma luz

vermelha de aviso que se encontra um iceberg por perto. Muitas das vezes os icebergs não se mostram à superfície e por isso serem ainda mais perigosos. Acontece que por vezes os radares estão estragados e detectam perigo onde ele não existe, ou sejam apitam e a luz vermelha acende, mas não há nenhum iceberg por perto.

O ICEBERG

“ Imagina que estás a viajar num grande navio. E esse navio tem um radar. O radar é um aparelho que serve para saber onde estão os icebergs no mar. Sabes o que é um iceberg? É um grande bloco de gelo no mar, é tão grande que às vezes até sai da água e nos quais os navios podem ficar presos.

Então... o radar serve para podermos saber onde estão os icebergs. Assim sabemos em que partes do mar não há perigo navegar e em quais há perigo de bater contra um iceberg. Este radar permite ao capitão que sempre que haja um iceberg, se possa mudar de rumo para águas seguras. Raramente este radar detecta perigo quando ele não existe.

Todos nós temos um radar no nosso corpo que nos diz quando há perigo. O problema é que quando estás com medo o radar não funciona muito bem e já não podes confiar nele. Ele passa a detectar perigo mesmo quando ele não existe. É como se tu agora visses icebergs em todo o lugar. Como agora vês tantos icebergs, já não és capaz de ver águas seguras onde navegar. Assim, o teu radar detecta perigo onde ele não há.

Como nessa altura o teu radar não está a funcionar muito bem, o que podemos fazer é pedir à mãe e/ou pai para ajudarem o teu radar e verificar se há algum perigo: fechar as portas, ver os armários...”.

Ficha 3- “O Iceberg”

Este texto serve como ponto análogo ao que acontece connosco quando temos medo sem razão aparente. É como se o nosso radar estivesse avariado e assim temos os sinais de alerta, dores de barriga, vómitos, choramos, etc. da mesma forma como o radar acende a luz vermelha e apita sem haver iceberg.

Toda esta explicação dada à IN foi acompanhada pela elaboração de um desenho com o iceberg, o mar, um barco, os sinais de ávido de perigo, etc.

De seguida, a IN elaborou um desenho, também ele explicativo da história do iceberg, como forma de rever o aprendido e clarificar alguma dúvida que pudesse surgir. Mais uma vez, assimilou perfeitamente a informação acabando por dizer: “ *Pois, o meu radar tem andado estragado*”(sic).



Desenho 4 – Desenho do iceberg e do navio, elaborado pela IN.

Terapeuta- *“Mas tu também podes ajudar o teu radar a funcionar melhor, e para isso podes fazer alguns dos passos que temos na próxima ficha, que se chama “Higiene do sono”. Tal como quando vais lavar os dentes, também o sono precisa de ser “limpo, lavado” todos os dias, e como é que podes fazer?”*

Em seguida, é apresentada a folha referente à “Higiene do meu Sono”:

"Higiene do meu sono"

"Higiene do meu sono"

1. **Não dormir no sofá**
2. **Ir para a cama pelo “próprio pé” ☺**
3. **Não ir para cama sem ter sono.** Quando começares a sentir os sinais do sono a aproximar-se – bocejar, os olhos a querer fechar-se sozinhos e cansados, já não consegues te concentrar – vai para cama.
4. **A tua cama é só para dormir.** A cama é para dormir, não deves ler, ver TV, ouvir a rádio, jogar ou pensar em coisas pouco agradáveis.
5. **A luz deve ser apagada.** Quando entrares na cama apaga a luz logo a seguir e tenta dormir.

Ficha 4- “A Higiene do Sono”.

Sendo assim, nesta sessão de intervenção e tendo em conta a informação obtida, inicia-se a terapia com a primeira técnica, “**Higiene do Sono**”. Esta técnica consiste em primeiro plano fazer um *check-up* acerca do quarto e cama da criança, para depois perceber com a criança/adolescente as associações que esta faz a partir daí. Isto é, muitas vezes os problemas de sono estão relacionados com más associações. Se, por exemplo, a criança/adolescente associa o seu quarto a algo de bom, a prazer, coisas positivas ou horas de sono satisfatórias, o lugar onde descansa, dorme tranquilamente sem muitos problemas, não apresentará dificuldades em dormir. Mas, o contrario, associar o quarto a insatisfação, medo, pensamentos negativos, lugar onde esta desconfortável, frustrada e irritada, de modo geral, esta criança/adolescente apresenta muitas dificuldades em dormir. (White, 2000)

Discute-se, então as associações que a criança faz em relação ao seu quarto e sua cama. E tenta-se que com ela sejam estabelecidos novas associações. Após esta tarefa é entregue à criança com os cinco conselhos que a ajudam a cultivar um bom hábito, relativamente ao sono. É pedido aos pais que ajudem a criança a cumprir as sugestões, por exemplo, marcando uma hora fixa em que ela terá que ir para cama, mesmo porque na explicação dada à IN eles são intervenientes activos no processo de “arranjo do seu radar”.

Para uma maior interiorização das regras, é sugerido à IN que elabore um novo papel com os itens da Higiene do meu Sono, ao qual acrescentou ainda:

- Dormir com o amiguinho do sono – um peluche de nome *Soneca* que irá funcionar como o seu companheiro caso acorde durante a noite, para que já não sinta necessidade de chamar a mãe ou de ir para a cama dela (objecto de transição).

Higiene do sono



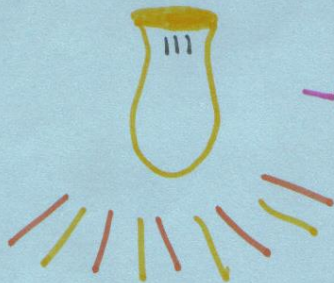
Noite - quarto é só para dormir

Quando tiver sono vou para o meu quarto **STOP** SOFÁ

Primeiras vezes: mãe e o pai levam-me à cama

Depois ir sozinho para a cama

Dormir com amiguinho do sono - boneca



→ lâmpada: apagar a luz

amiguinho do sono

Ficha 5- "Higiene do Sono" elaborada pela IN.

No registo de auto-monitorização da primeira semana, a IN dormiu 4 vezes sozinha no seu quarto, embora em duas dessas noites tenha acordado a mãe para ir à casa de banho, mas voltou para a sua cama em seguida. Nas restantes três noites dormiu na cama dos pais. Durante toda a semana dormiu com a luz acesa, como se verifica no registo que se segue (Registo de Auto-monitorização I).



Ficha 6- Registo de Automonitorização1.

A IN mostrou-se sempre bastante motivada e colaborante.

No final da sessão, e tendo em conta a aquisição de toda a informação e interesse, entreguei o certificado que se segue à IN: "O meu primeiro Certificado".

A sua expressão não verbal, pareceu-me expressar bem o quanto gostou de ganhar este certificado.

Os registos de auto-monitorização que se segue, reflecte a evolução da problemática da IN. Passou a dormir quase sempre sozinha, e com a luz apagada.

The image shows a hand-drawn self-monitoring chart on a yellow background. The chart is a grid with 7 columns labeled 'Segunda', 'Terça', 'Quarta', 'Quinta', 'Sexta', 'Sábado', and 'Domingo'. There are 5 rows. Each cell contains one or more smiley faces drawn in red or blue ink. Some cells have handwritten notes in blue ink. The notes include 'DORMI COM A MAMÃE' in the top-right cell, 'DORMI COM A MAMÃE' in the second row, fourth column, and 'DORMI COM A MAMÃE' in the bottom row, fourth column.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Smiley	Smiley	Smiley	Smiley	Smiley	Smiley	Smiley (circled in blue)
Smiley	Smiley	Smiley	Smiley (with note)	Smiley	Smiley	Smiley
Smiley	Smiley	Smiley	Smiley	Smiley	Smiley	Smiley
Smiley	Smiley (blue)	Smiley	Smiley	Smiley	Smiley (blue)	Smiley
Smiley	Smiley	Smiley	Smiley (blue)	Smiley	Smiley	Smiley

Ficha 7- Registo de auto-monitorização 2.

"O meu primeiro Certificado"

**Em reconhecimento da participação e
colaboração, com distinção, da**

**no curso “Já sei o que é o Medo”, entrego este
certificado.**

MARTINA LOPES

Quarta Sessão

Principais objectivos

- Reforço positivo do comportamento desejado
- Incentivo da motivação para a terapêutica

No início da sessão foi dada a possibilidade à IN de escolher uma das actividades disponíveis: trabalhar com plasticina ou fazer uma construção com cubos. A IN optou por trabalhar a plasticina durante aproximadamente 15 minutos.

Em seguida fizemos a análise do registo de auto-monitorização das duas semanas anteriores. Verificou-se uma redução progressiva no número de noites em que dormiu com a mãe. Passando, esta semana apenas no dia em que o pai ficou de serviço, não dormindo em casa. Também esta semana, em quatro das noites que dormiu sozinha na sua cama, conseguiu fazê-lo com a luz apagada.

Como a IN não pode vir à consulta da semana anterior, passaram assim duas semanas desde a última consulta. Prevendo que poderia não ter ainda o tempo suficiente para conseguir dormir sozinha e com a luz apagada, preparei uma actividade de resistência à frustração e manutenção da motivação: “*Alcancei a minha meta*”, a qual se apresenta em seguida.



Alcancei a minha Meta?

Dormi no meu Quarto Sozinha:

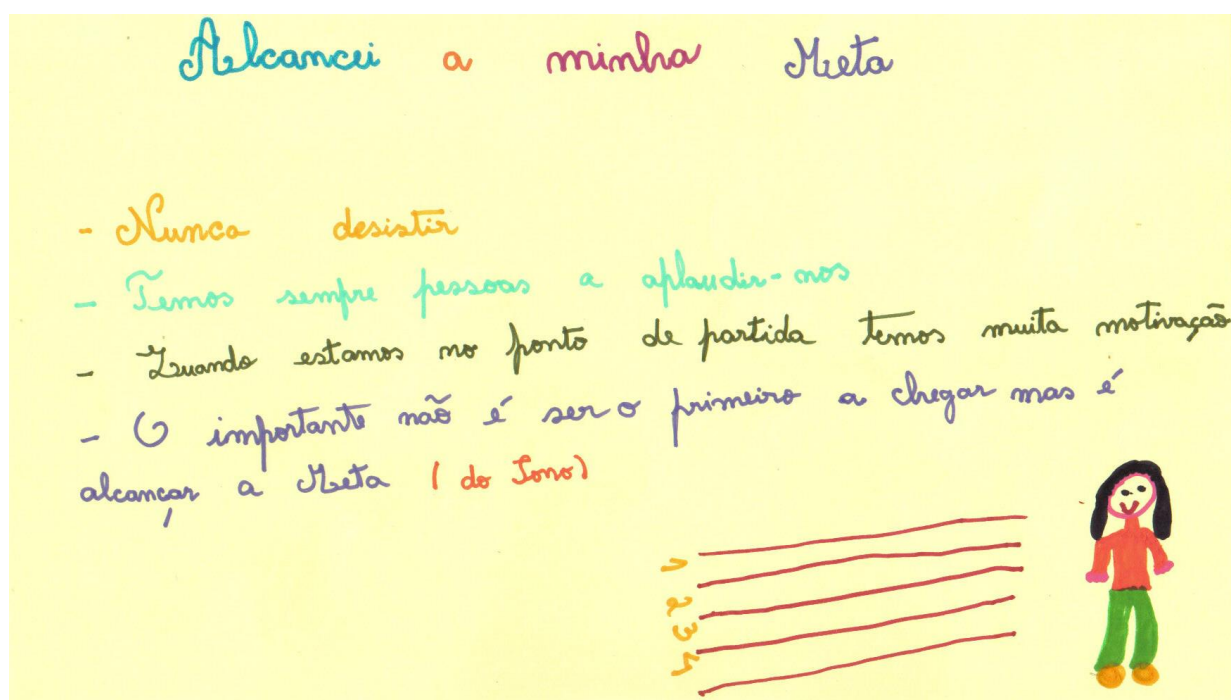


Esta actividade serve para que se ganhe alguma resistência à frustração de “ainda” não termos alcançado os objectivos a que nos propusemos.

Desta forma foi explicado à IN que:

“ Quando nos preparamos para fazer uma corrida o mais importante é no início estarmos cheios de motivação para chegarmos ao fim. Não importa se chegamos ou não em primeiro lugar, pois o que mais conta é alcançarmos a nossa meta. Sabemos que na bancada vamos ter sempre alguém nos está apoiar. Assim, tal como nesta corrida também aqui nos propusemos a alcançar uma meta, mas é uma meta diferente: a de dormires sozinha no teu quarto e com a luz apagada. Sabemos que às vezes não é fácil...e a corrida é exigente mas o importante é não desistir, mesmo porque sabemos que temos pessoas que nos estão a apoiar, como a mãe, o pai, a psicóloga, a avó, etc.”

A IN mostrou grande interesse durante a explicação e depois fez um quadro em papel para por os pontos principais que aprendeu com esta actividade: “Alcancei a minha meta”.



Ficha 9 – “Alcancei a minha meta” elaborada pela IN.

Ainda nesta actividade passou a ser feito o registo relativamente ao balanço do saldo positivo ou negativo de caras rosas ou caras azuis, isto é, se dormiu mais vezes no quarto sozinha ou não, e se teve a luz acesa ou apagada.

Quinta Sessão

Principais objectivos

- Valorização dos ganhos terapêuticos apresentados.

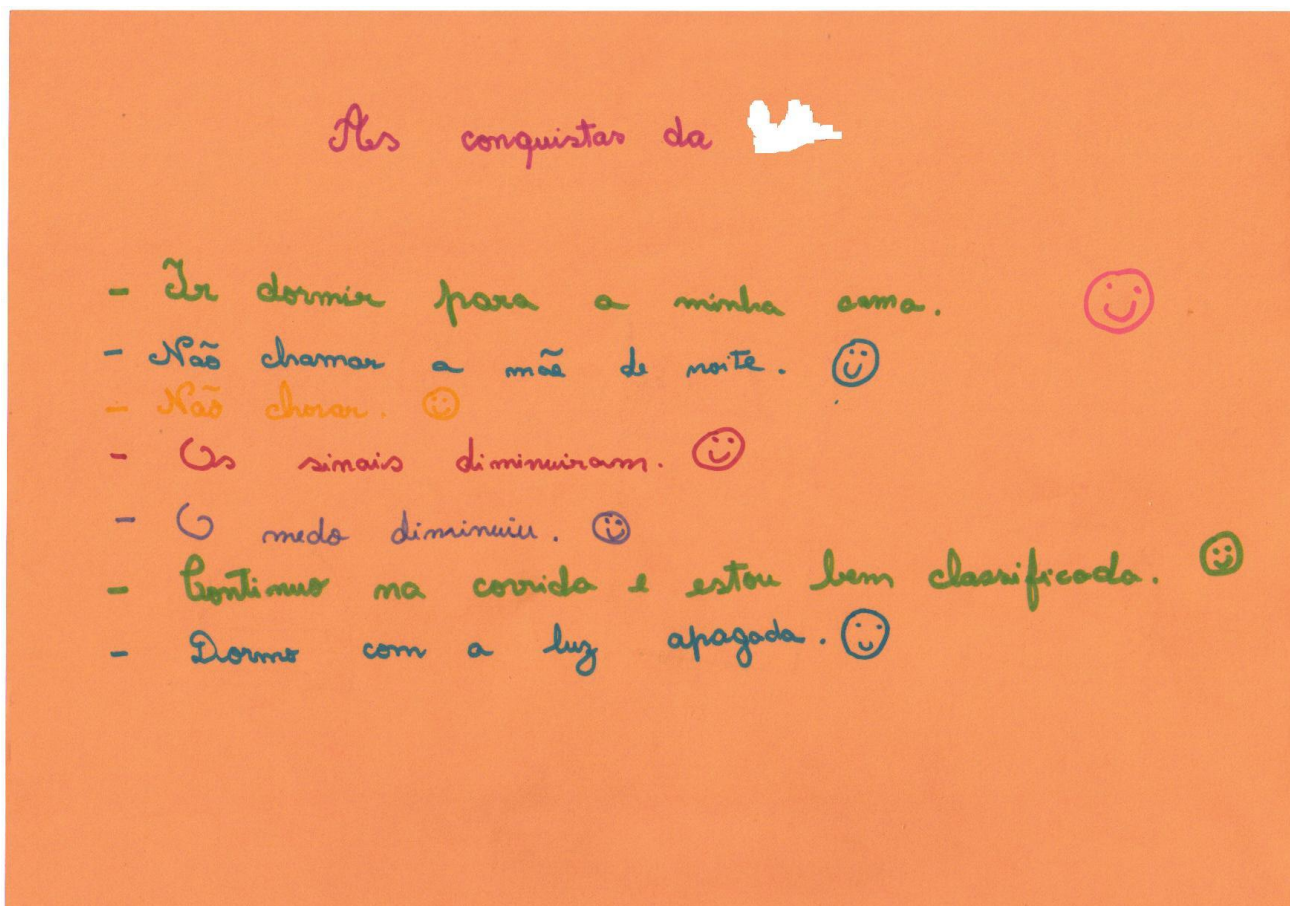
Uma vez que das actividades que a IN mais gosta de desenvolver é o desenho, a sessão iniciou-se com a realização de um desenho de tema livre, o qual se apresenta em seguida. A IN descreve o desenho como sendo a sua escola, local onde gosta de estar para aprender e brincar com os amigos.



Desenho 4– Tema livre- escola onde estuda.

Em seguida, foi debatido um pouco o registo de auto-monitorização das últimas duas semanas, nas quais dormiu sempre com a luz apagada. Apenas num dos dias, correspondente ao dia de serviço do pai, é que dormiu com a mãe.

Desta forma, foi elaborada uma folha conjunta em que se registaram todas as conquistas da IN até ao presente momento.



Ficha 10 - Folha onde a IN escreve as conquistas que vai fazendo.

No final da sessão fez-se um Certificado em que se declara que a IN já consegue dormir sozinha no quarto e com a luz apagada.

Cartificadora

Declaro - re que a [redacted] foi des-
seu quarto e com a luz apagada.

[redacted]

Martina Lopes *ml*

Sexta sessão

Principais Objectivos

- Continuação dos objectivos da sessão anterior.

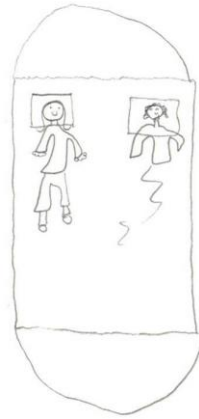
Entretanto nesta altura, as consultas passaram a quinzenais devido aos exames escolares e à preocupação da IN em também não faltar às aulas.

Uma das maiores dificuldades apresentadas pela IN prende-se com o facto de não conseguir ir sozinha para a cama. Faz sempre de forma a que se deixe dormir a ver televisão na sala, para que depois um dos pais a coloque na sua cama. Como nestas alturas já está a dormir, o adormecer no sofá faz com que não tenha de antecipar o facto de ter de ir dormir sozinha para o quarto, passando também a ser uma forma de evitar a ansiedade que sente sempre que sabe que isso vai acontecer.

Como já havia sido combinado com a IN e a sua mãe, a IN deveria de fazer o esforço de não se deitar no sofá, sendo que quando começasse a sentir que estava a ficar com sono devia ir para a cama contudo, com a ajuda dos pais. Estes iriam deitá-la e estipulavam que de 5 em 5 ou de 10 em 10 minutos passariam no quarto para ver se estava tudo bem. Esta seria uma forma de securização e de amento da autoconfiança. Porém, este é um passo que a IN tem tido dificuldade em dar, o que lhe causa angustia e como tal pareceu-me importante não continuar para já a insistir nesse ponto.

Nesta sessão a IN veio contrariada, não queria vir à consulta. A mãe referiu que na noite anterior estava bem e que queria ir à consulta. Porém, de manhã alterou por completo a sua postura, começou a chorar e a dizer que não queria ir à consulta. Apesar disso a mãe trouxe a IN ao hospital. A IN estava bastante calada, sem vontade para fazer nada, mostrando-se pouco colaborante e participativa.

Dada a possibilidade de realizar um desenho, actividade que desenvolve sempre com bastante gosto e empenho, desta vez investiu muito pouco. O desenho efectuado, apresentado em seguida, é bastante mais pobre e simples que o habitual, sem cor e realizado de forma desinteressada e quase por obrigação.



Desenho 5 - Representa a IN a dormir com a avó. É evidente o desinvestimento na tarefa.

Esta última sessão, a Inês não vinha colaboraria e até estava na consulta de uma forma contrariada. Penso que era altura de repensar um pouco o percurso até aqui. A Inês é uma menina com uma grande capacidade de compreender e assimilar a informação que lhe é dada. Mostrou-se sempre motivada desde o início, e daí os ganhos ter tido vários ganhos terapêuticos em relativamente pouco tempo. Como boa aluna que é e aplicada nas suas tarefas, ao não estar a conseguir realizar o último ponto que se propôs, estava a sentir ansiedade e pressão para o conseguir. Como as consultas de psicologia, associou sempre ao local onde ia para falar do seu problema com o sono, quando se deparou com uma dificuldade no último objectivo colocado, deixou de querer ir às consultas.

Desta forma, o ideal seria realizar algumas actividades diversificadas com a IN, para que pudesse sentir-se bem e descontraída nas consultas de psicologia. Apenas desta forma poderá ter vontade para falar sobre os seus medos e ter a confiança para os enfrentar.

É fundamental que não encare as consultas com receio e com a confrontação constante dos seus medos, mas sobretudo das suas dificuldades para lidar com eles.

Nas três sessões seguintes, temos desenvolvido jogos de interação, principalmente o jogo *Gostarzinho*. Este trata-se de um jogo de solidariedade, bastante completo, com provas de mímica, expressão gestual, questões dirigidas a sentimento e comportamentos nas mais variadas situações.

Tenho sentido a IN muito menos retraída e vem sempre com um sorriso para as consultas. Nas perguntas que vão surgindo no jogo, tem sido a IN a direcciona-las para a questão das suas dificuldades em dormir, falando de forma espontânea e mais descontraída.

Parece-me que esta “mudança” terapêutica foi necessária e benéfica para a IN, tendo favorecido bastante a relação terapêutica e renovando, a cada sessão, a motivação para o tratamento.

Tem sido uma experiência bastante gratificante trabalhar com a IN, pois tratando-se de uma criança a abordagem terapêutica tem de ser remodelada; a linguagem deve ser adequada à sua idade e possibilita uma aprendizagem acrescida compreender que há diferentes formas de chegar ao mesmo sítio.

Investigação

Estudo1: “*Influência da Oxigenoterapia Hiperbárica nas funções neuropsicológicas (atenção, concentração e memória) de intoxicados com monóxido de carbono*”

O Hospital da Marinha obteve a primeira câmara hiperbárica, de 14 lugares em 1989 coincidindo com a criação do Centro de Medicina Hiperbárica dessa unidade hospitalar. Contudo, não tinha ainda capacidade para tratar doentes críticos, sendo dado apoio terapêutico a civis também. O serviço de urgência deu início em Janeiro de 1992, passando as câmaras a ser incluídas nas listagens de câmaras hiperbáricas da Undersea and Hyperbaric Medical Society e da European Underwater Baromedical Society. Uma segunda câmara é adquirida em 2001, com 12 lugares, já com capacidade para tratar doentes em estado crítico incluindo os que requerem ventilação assistida, sendo a primeira câmara tecnologicamente renovada (Sousa, 2006).

Actualmente, o Hospital da Marinha tem duas câmaras hiperbáricas multilugar, equipadas com a mais alta tecnologia e com capacidade de tratamento para 24 pacientes.



Câmaras hiperbáricas e material técnico respectivo, do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha

Fonte: Sousa (2006). Apresentação numa Conferência em Espinho.



Interior da câmara hiperbárica do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha.

Fonte: Sousa (2006). Apresentação numa Conferência em Espinho.



Exemplificação da colocação das máscaras, com oxigénio a 100%, na presença de um enfermeiro especializado, no interior da câmara hiperbárica do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha.

Fonte: Sousa (2006). Apresentação numa Conferência em Espinho.

Um centro de Medicina Hiperbárica é uma unidade médica que proporciona OHB a doentes e tratamentos adicionais, vigilância e atenção às condições clínicas dos doentes. O Centro de medicina hiperbárica deve estar localizado ou funcionalmente ligado a um hospital, tal como acontece com o Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha. Os centros devem ser categorizados de acordo com a sua capacidade para tratar doentes que requerem cuidados intensivos (COST, 2004).

A duração e frequência dos tratamentos variam em função da doença em causa, oscilando entre uma sessão única e várias ao longo de 24 horas, prolongando-se até por vários dias (Camacho, 2006).

Pela descrição da COST (2004), uma sessão hiperbárica é um período de tempo de pressão aumentada superior à pressão atmosférica ambiente, no interior de uma câmara hiperbárica terapêutica, com a finalidade do tratamento de um doente. Inclui o tratamento quando se respira oxigénio, ar, ou misturas respiráveis.

Em casos de urgência, como por exemplo por intoxicação com monóxido de carbono, a utilização da câmara poderá ser a qualquer hora, tendo aproximadamente uma hora de preparação para a sua utilização.

A equipa técnica do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha é constituída por:

- Médicos (4) que fazem consultas de terça a quinta-feira a partir das 9 horas da manhã;
- Médicos (7) que garantem o atendimento em serviço de urgência;
- Supervisores (3)
- Condutores de câmara (3)
- Auxiliares de câmara (5)

De segunda a sexta-feira realizam-se, no Centro de Medicina Hiperbárica, duas sessões de tratamento com oxigenoterapia hiperbárica: a primeira das 9h até às 10:45h e, a segunda das 13h até às 14:45h.

No âmbito do estágio curricular foi proposta a realização de um estudo na área da avaliação neuropsicológica de intoxicados com monóxido de carbono, que tivessem realizado tratamento com oxigenoterapia hiperbárica.

Teve de ser criado todo um projecto de investigação que englobou:

- A definição específica do estudo a realizar, havendo consenso relativamente ao seguinte tema: *“A Influência da Oxigenoterapia Hiperbárica nas funções neuropsicológicas de intoxicados com monóxido de carbono”*.

- Estudo teórico que permitisse identificar quais as áreas neuropsicológicas mais afectadas aquando de uma intoxicação com monóxido de carbono e, conseqüentemente, as áreas que seriam mais relevantes para o estudo. De acordo com a teoria, as funções neuropsicológicas definidas são: atenção, memória e concentração.

- Escolha das provas neuropsicológicas que melhor se adequem às funções avaliadas e se adaptem ao contexto envolvente da sua aplicação.

- Delineamento de todo o plano de procedimento experimental a por em pratica.

- O vasto espectro desta investigação exigia colaboração de outros técnicos que pudessem fazer a aplicação das provas. Assim, houve necessidade de garantir a formação dos técnicos no sentido de os capacitar, não só para a aplicação das provas, mas também informar sobre todo o procedimento e pertinência do estudo.

Objectivo Geral

Verificar e estudar uma eventual influência do número de sessões (uma, duas ou três) de oxigenoterapia hiperbárica nas funções neuropsicológicas (atenção, concentração e memória) de intoxicados com monóxido de carbono.

Objectivos Específicos

- Verificar a presença de alterações neuropsicológicas ao nível da atenção, concentração e memória de pacientes intoxicados com monóxido de carbono, através da aplicação do *Toulouse Pierón*, *Séries de Luria*, *Escala C10 de Memória da Bateria Luria Nebraska* e *Escala de Depressão Geriátrica*, respectivamente.

- Verificar a forma como as funções neuropsicológicas avaliadas evoluem ao longo do follow-up dos pacientes intoxicados com monóxido de carbono: aplicação das provas no final do tratamento, passadas 2 semanas, 2, 6 e 12 meses.

- Identificar se existe alguma correlação entre os níveis de carboxihemoglobina dos pacientes intoxicados com monóxido de carbono e os resultados obtidos nas 4 provas aplicadas.

- Se for possível recolher dados relativamente ao tempo em que os pacientes estiveram expostos ao monóxido de carbono e/ou o período, se for o caso, que estiveram inconscientes, relacionar com os resultados obtidos na bateria de testes aplicada.

Hipótese 1: Os pacientes intoxicados com monóxido de carbono apresentam alterações neuropsicológicas ao nível da atenção, concentração e memória;

Hipótese 2: Os pacientes intoxicados com monóxido de carbono apresentam défices neuropsicológicos ao nível da atenção, concentração e memória;

Hipótese 3: O número de sessões de oxigenoterapia hiperbárica influencia as funções neuropsicológicas (atenção, concentração e memória) de pacientes intoxicados com monóxido de carbono;

Hipótese 4: Quanto maior o número de sessões de oxigenoterapia hiperbárica (num máximo de 3 sessões neste estudo) melhores os resultados obtidos no tratamento de intoxicados com monóxido de carbono;

Hipótese 5: Um maior número de sessões de oxigenoterapia hiperbárica (num máximo de 3 sessões neste estudo) origina uma melhor e mais rápida recuperação de eventuais alterações neuropsicológicas manifestadas relativamente à atenção, concentração e memória;

Hipótese 6: Quanto maior a percentagem de carboxihemoglobina maior a probabilidade de ocorrerem alterações neuropsicológicas nas áreas avaliadas de intoxicados com monóxido de carbono;

Hipótese 7: Níveis de carboxihemoglobina mais elevados originam um maior número de alterações neuropsicológicas e com défices mais acentuados, para as áreas avaliadas, em intoxicados com monóxido de carbono;

Hipótese 8: Intoxicados que tenham sido expostos durante mais tempo ao monóxido de carbono apresentam maior número de alterações neuropsicológicas e provavelmente, com défices mais acentuados para as áreas avaliadas;

Hipótese 9: Intoxicados com monóxido de carbono que estiveram inconscientes durante mais tempo apresentam défices neuropsicológicos atencionais, de concentração e/ou memória mais acentuados e em maior número;

Metodologia

AMOSTRA

A amostra do presente estudo é constituída por pacientes de ambos os sexos que por motivos de intoxicação com monóxido de carbono tenham sido encaminhados pelo Hospital de Origem para o Serviço de Urgência do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha.

- Critérios de inclusão no estudo:
 - Apresentar quadro clínico de intoxicação por monóxido de carbono;
 - Prescrição de sessões de oxigenoterapia hiperbárica pelo Hospital de Origem;
 - Ser observado pelo médico de serviço da urgência do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha.

- Critérios de Exclusão do estudo:
 - Intoxicação com monóxido de carbono há mais de 24 horas;
 - Idade inferior a 16 anos;
 - Menores (16 e 17 anos) em que não seja obtido o consentimento informado dos pais.
 - Estrangeiros ou pacientes com dificuldades na língua portuguesa;
 - Analfabetos;
 - Estado Confusional;
 - Existência de perturbação psiquiátrica severa;
 - Existência de patologia neurológica antecedente;
 - Pacientes com dificuldades visuais/auditivas que não tenham óculos/lentes ou aparelho auditivo no momento de avaliação;
 - Mulheres grávidas;
 - Pessoas com deficiência cognitiva grave;
 - Pessoas em que o consentimento informado não foi obtido.

Os pacientes intoxicados com monóxido de carbono, incluídos no estudo, são inicialmente dirigidos ao designado Hospital de Origem onde recebem tratamento com oxigenoterapia normobárica. Aqui é observado por um médico que face ao diagnóstico de intoxicação por CO lhe administra os tratamentos e exames clínicos que julgue pertinente. Sempre que o achar conveniente, de acordo geralmente, com os níveis de COHb e sintomas apresentados pelo paciente, o médico tem a oportunidade de prescrever tratamento com oxigenoterapia hiperbárica.

Neste caso, o paciente é transportado de ambulância para o Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha, fazendo-se acompanhar de um registo com a prescrição médica, análises e exames realizados e tratamentos administrados.

Já no Hospital da Marinha, o paciente é observado pelo médico de serviço de forma a saber qual o estado geral do paciente, a necessidade e possibilidade de realizar oxigenoterapia hiperbárica, eventuais complicações clínicas que o impeçam de realizar este tipo de tratamento (por exemplo, complicações cardíacas, claustrofobia, etc.).

O serviço administrativo do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha procede ao preenchimento de várias fichas de dados do paciente e, fornece a informação necessária e esclarecimento face ao tratamento hiperbárico:

- Ficha do Utente
- Verso da ficha nº1
- Ficha referente aos exames realizados
- Ficha dos Exames realizados
- Panfleto informativo referente à oxigenoterapia hiperbárica no Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha
- Declaração referente ao termo de responsabilidade
- Ficha referente ao tratamento hiperbárico realizado
- Ficha assinada pelo paciente em conforme aceita realizar o tratamento com oxigenoterapia hiperbárica
- Ficha referente aos sintomas e exames específicos realizados em caso de intoxicação por monóxido de carbono

Instrumentos Utilizados

Para a realização do presente estudo foi elaborada uma bateria específica para recolha de dados significativos e com os testes referentes à avaliação neuropsicológica:

1. Capa: identificação do paciente, nº de processo e observações (níveis de carboxihemoglobina, tempo de exposição ao CO e período de tempo com perda de consciência).
2. Consentimento Informado: tem por principal objectivo explicar ao paciente a finalidade do estudo, as avaliações a que será sujeito e salientar a confidencialidade dos dados obtidos.
3. Caracterização da Amostra: delimitar os critérios de inclusão e exclusão no estudo.

4. Folha de triagem: permite recolher informação adicional à normalmente obtida no Hospital de Origem e no Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha, que se julgue pertinente e necessária ao estudo, no sentido de se verificar a presença de eventuais factores que possam influenciar o desempenho dos pacientes nas provas aplicadas.
5. Bateria de provas administradas: (5.1) Escala C10 de Memória da Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Luria-Nebraska (versão experimental portuguesa), (5.2) Séries de Luria, (5.3) Toulouse Pierón e (5.4) Escala de Depressão Geriátrica.
6. Folha de Escala de Urgência: Registo dos horários e contactos a estabelecer em caso de episódios de urgência de intoxicados com monóxido de carbono, no Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha.
7. Folha de Registo de Pacientes: Registo do nome dos pacientes, grupo experimental a que pertencem e datas das avaliações a realizar.
8. Cartões de marcação: das próximas avaliações.
9. Cartões Sim/Não: caso o número de pacientes intoxicados seja superior ao número de técnicos disponíveis para fazer a avaliação; servem para escolher aleatoriamente os paciente que farão parte do estudo e quais os excluídos.

Caracterização da Amostra

Critérios de admissão no estudo:

- Critérios de diagnóstico clínicos para intoxicação por monóxido de carbono.
- Doseamento de carboxihemoglobina à chegada ao serviço de Urgência do Hospital de Origem.

Critérios de exclusão no estudo:

- Pessoas que tenham sido expostas ao monóxido de carbono há mais de 24 horas;
- Pessoas com menos de 16 anos;
- Menores (16 e 17 anos) em que não tenha sido obtido o consentimento informado dos pais;
- Pessoas com quadro confusional;
- Mulheres grávidas;
- Pessoas com deficiência cognitiva grave;
- Existência de perturbação psiquiátrica severa;
- Existência de patologia neurológica antecedente;
- Pacientes com dificuldades visuais/auditivas que não tenham óculos/lentes ou aparelho auditivo no momento de avaliação;
- Estrangeiros ou pessoas com dificuldade de domínio da língua portuguesa;
- Analfabetos;
- Pessoas em que o consentimento informado não foi obtido.

Apresentação em Congresso Internacional

Esta investigação foi comunicada no 1º Congresso Internacional de Neurociências de Viseu, cujo suporte informático se encontra em anexo (CD em anexo). Uma vez que este trabalho de investigação é também o meu Seminário de Investigação, penso não haver necessidade de o anexar ao relatório de estágio.

Acções de Formação

Para colmatar a necessidade de a bateria de provas neuropsicológicas poder ser aplicada durante as situações de urgência foi preciso realizar acções de formação para os técnicos que fazem parte da escala de serviço do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha.


Neste sentido foram realizadas três formações com duração de cerca de 1 hora e meia cada, com sessão de esclarecimento de dúvidas e com exercícios práticos de aplicação dos protocolos.

Panfleto Informativo

Foi ainda elaborado um panfleto informativo (Panfleto informativo 1), em relação do monóxido de carbono (CO). É fornecida informação relativamente à formação do CO, sintomas de intoxicação, formas de prevenção, consequências de uma intoxicação, como agir nestas situações e esclarecimentos relativamente a um dos tratamentos (oxigenoterapia hiperbárica).

<p>A Prevenção</p> <ul style="list-style-type: none">-Assegurar que a instalação do fogão a gás, esquentador, salamandra e outros aparelhos de combustão é feita por técnicos especializados e certificados pela Direcção-Geral de Geologia e Energia.- Solicitar uma Inspeção à instalação do gás (aparelhos e chaminés) sempre que forem feitas alterações nas tubagens e chaminés- serem colocados extractores de fumo- for detectada uma fuga de gás- for assinado um novo contrato de fornecimento de gás- passem 5 anos após a última inspeção- Manter os aparelhos de aquecimento, fogões e esquentadores em bom estado.-Ter as divisões da casa bem ventiladas (arejadas), principalmente as que têm aparelhos a gás ou braseiras.- Manter desobstruídas as condutas de entrada e saída de ar.- Não utilizar braseiras ou aquecedores a gás como principal sistema de aquecimento.- Nunca utilizar braseiras ou aquecedores a gás em divisões fechadas, como quartos e salas pequenas.- Não manter o automóvel ligado dentro de uma garagem fechada	<p>"A inalação de Monóxido de Carbono é perigosa, actual"</p> <p>Contactos Úteis</p> <p>Inspeção, Instalação e Avarias</p> <p>Direcção Geral de Geologia e Energia 217 922 700 – www.dgge.pt</p> <p>Lisboa/gás (24 horas/dia) 800 201 722 – www.galpennergia.com</p> <p>Em caso de acidente</p> <p>- INEM – 112 (24 horas/dia)</p> <p>-Centro de Informação Anti Venenos 800 260 143 (24 horas/dia)</p> <p>Centro de Medicina Hiperbárica Hospital da Marinha – 218 840 800</p> <p> Centro de Medicina Hiperbárica e Serviço de Psiquiatria / Psicologia*</p> <p><small>* Elaborado por Carolina Rodrigues e Martina Lopes</small></p>	<p>Monóxido de Carbono</p> <p>Não se Vê... Não se Cheira... Não se Ouve... ...mas MATA</p>  <p>PERIGO! MONÓXIDO DE CARBONO</p>
---	--	---

Panfleto informativo 1 (parte exterior) – Informação relativa aos contactos úteis em caso de intoxicação com monóxido de carbono, e alguns cuidados que podem auxiliar na prevenção deste tipo de intoxicações.

Monóxido de Carbono (CO)	Sintomas de Intoxicação	Consequências
<p>O que é? Conhecido como o "assassino silencioso", o Monóxido de Carbono é um gás tóxico que não tem cheiro, não tem cor e não tem sabor. Mistura-se facilmente no ar ambiente de um local fechado, sem que as possíveis vítimas tenham consciência de estar expostas a uma atmosfera capaz de provocar intoxicações e mesmo a morte.</p> <p>Como se forma? O Monóxido de Carbono resulta da queima de combustíveis (gás natural, propano, butano, lenha, GPL, petróleo, gasolina, carvão) em locais com pouco oxigénio (casa, garagem).</p> <p>Onde se pode formar?</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Braseiras - Aquecedores a Gás - Lareira, - Fogão - Esquentador - Carros com o motor ligado em garagens fechadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Náuseas - Vômitos - Dores de cabeça - Perda de equilíbrio - Distúrbios Visuais - Alterações motoras - Alterações Visuais - Fraqueza - Desorientação - Delírios - Fadiga - Confusão - Sonolência - Desmaio <p style="background-color: #00aaff; color: white; text-align: center; padding: 5px;">O que fazer?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Arejar o local (abrir portas e janelas) ✓ Desligar os aparelhos que possam estar a libertar Monóxido de Carbono ✓ Evacuar o mais rápido possível a vítima para um local arejado e deitá-la em repouso de lado sem almofada ✓ Telefonar para: INEM 112 ou Centro de Informação Anti Venenos 800 250 143 (24 horas/dia) 	<p style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 5px;">Oxigenoterapia Hiperbárica</p> <p>O que é? É um método terapêutico que consiste na respiração de oxigénio puro, a uma pressão ambiente superior à pressão atmosférica.</p> <p>Vantagens A Curto Prazo permite uma rápida redução dos níveis de Monóxido de Carbono no sangue. A Longo Prazo é o tipo de tratamento que parece apresentar melhores resultados na diminuição dos problemas neuropsicológicos provocados pela intoxicação.</p>

Panfleto informativo 1 (parte interior) – Informação geral do que é o monóxido de carbono, onde e como se pode formar, explicação do que é a oxigenoterapia hiperbárica e o que fazer em situação de intoxicação.

Conclusão

O serviço de Psicologia do Hospital da Marinha proporcionou um primeiro contacto prático com a realidade da intervenção psicológica individual.

A autonomia e responsabilidades que desde início foram atribuídas contribuíram para uma melhor formação e investimento nos casos acompanhados. Sempre sujeita a supervisão, o que consistia em mais uma forma de securização para o desenvolvimento profissional. Neste contexto foi possível explorar e conhecer melhor uma área de grande interesse pessoal, isto é, a Perturbação de Stress Pós-traumático em contexto de guerra.

Primeiramente foram realizadas duas entrevistas clínicas a dois casos novos para acompanhamento psicológico com observação directa do supervisor. Posteriormente todos os casos eram seguidos individualmente e discutidos em supervisão. Desta interacção, acrescida pelos casos apresentados pelas colegas, foi possível construir uma rede de suporte optimizada visando uma segurança de intervenção e auto-confiança optimizadas.

Em termos de avaliação psicológica, a grande maioria das avaliações era relativamente ao diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático de guerra para efeitos de qualificação como Deficientes das Forças Armadas (Modelo 2). Este tipo de avaliações proporcionou um contacto alargado com diversos testes psicológicos, uma maior compreensão face à sua aplicação, cotação e interpretação conjunta com os dados recolhidos em entrevista clínica.

Foi ainda possível durante o estágio realizar um trabalho de investigação no Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha. Este estudo decorreu no período de um ano e permitiu a exploração e aplicação de provas neuropsicológicas, interacção com profissionais de outras áreas, dar formação a outros profissionais de saúde e a compreender melhor todas as etapas subjacentes ao planeamento e execução de um projecto de investigação.

O trabalho actualmente desenvolvido no CEAMPS da Liga dos Combatentes é sentido como na continuidade do estágio curricular realizado no Hospital da Marinha.

A população alvo manifesta em geral o mesmo tipo de problemáticas, relacionadas com PTSD em contexto de guerra.

O facto de a abordagem da maioria dos técnicos do CEAMPS ser centrada na pessoa permitiu encarar o problema dos combatentes para além da PTSD, ou seja, entender que há outros problemas, que decorrentes ou não da vivência militar, têm a mesma validade e necessidade de tratamento.

Em termos de Avaliação Psicológica as provas utilizadas são semelhantes, tendo na maioria das vezes a finalidade de justificar a abertura de processo para qualificação para Deficiente das Forças Armadas, através do designado Modelo 2.

Para além deste tipo de avaliações podem ainda surgir algumas no sentido de apurar a existência de alterações cognitivo-comportamentais que justifiquem uma reforma por invalidez.

No que respeita ao acompanhamento psicológico no CEAMPS há duas vertentes: a individual e em grupo. No acompanhamento individual as reuniões multidisciplinares são bastante enriquecedoras pois possibilitam diferentes olhares sobre a mesma pessoa e uma rede mais alargada de possibilidades de respostas adequadas. A supervisão funciona também nesse seguimento com a possibilidade acrescida de discussão de casos, estratégias e técnicas mais adequadas, tal como um sentimento de segurança e uma minimização da probabilidade de erro.

A intervenção em grupo com a população combatente tem sido uma aprendizagem constante. O facto de a mediação dos grupos estar a ser efectuada em contexto de formação permite que no final de cada sessão possa haver discussão das sessões, a evolução dos casos, da dinâmica do grupo, partilha de sentimentos e expectativas e resolução de questões logísticas e de coordenação.

Outra aposta deste serviço é a criação de Projectos de Investigação na área dos problemas associados aos combatentes. Esta vertente do CEAMPS faz com que haja contacto com outras Universidades e profissionais desta área, alargando a forma de olhar para determinada problemática, não negligenciando todo um leque de respostas alternativas possíveis.

O trabalho desenvolvido nos locais de estágio mencionados, a diversidade possibilitada desde a investigação científica, passando pela avaliação psicológica até à intervenção (quer individual quer em grupo), tal como a partilha de experiências com profissionais de outras áreas da saúde mental, têm-me permitido a aquisição de experiência e competências profissionais cada vez mais adequadas.

Bibliografia

- Abreu, Paulo R., Prada, Cynthia G. (2005). *Relação entre os condicionamentos operante e respondente no transtorno obsessivo-compulsivo*. Estud. psicol. (Campinas) vol.22 no.3 Campinas.
- Acaja- Asociación Gallega de Jugadores de Azar
<http://www.agaja.org/index.php?menu=3>
- Ades, J.; Lejoyeux. (2003). *Las nuevas adicciones*. Barcelona. Vairós.
- APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Albuquerque, Afonso de. (2003). *A Gerra Colonial e as suas feridas: o depoimento de um profissional de saúde*. Climepsi editores. 1ª edição. Lisboa.
- Amaral, J. R. (1967). *O teste da barragem de Toulouse e Piéron : Elementos de aferição para a população portuguesa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Andrade, Regina G.N. (2003). *A repetição e o acontecimento. (Horrores de Guerra)*. XXVI Congresso Brasileiro De Ciências Da Comunicação Intercom
- APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Axelrod, Seth R.; Morgan, C.Andrew; South, Steven M. (2005). *Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder in Veterans os Operations Desert Storm*. Am. J. Psychiatry. 162:270-275.

- Basto, António. (2003). *Heróis ou talvez não: a guerra do ponto de vista de um combatente*. Climepsi editores. 1ª edição. Lisboa.
- Belko, Elvira Durakovic; Kulenovic, Alija. (2003). *Determinants of Posttraumatic Adjustment in Adolescents from Sarajevo Who Experienced War*. University of Sarajavo. *Journal of Clinical Psychology*. Vol.59 (1). 27-40.
- Beck, A. & Clark, D. (1997). An Information Processing Model of Anxiety: Automatic and Strategic Processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (1), pp. 49-58.
- Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2:196-217.
- Boronat, Mercedes L. (2004). *El juego patológico: una adicción sin tóxico, una adicción psicológica*. Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista. Bellreguard. Valencia.
- Bueno, Silvana B; Caldin, Clarice Fortkamp. (2002). *A aplicação da biblioterapia em crianças enfermas*. Rev. ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, v. 7, n. 1.
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books/Harper Collins Publishers.
- Bleich, A; Koslowsky, M; Dolev, A; Lerer, B. (1997). *Post-traumatic stress disorder and depression*. Br J Psychiatry. 479-82.
- Brady KT, Killeen T, Brewerton T, Lucerini S. (2000). *Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder*. J. Clin Psychiatry.

- Carrillo, X; Amorós, M; Sánchez, J.P. (2004). Escenificaciones Emotivas para la fobia a la oscuridade: un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.4. n°3. pp505.
- Chesnais J. (1992). *The history of violence: homicide and suicide through the ages*. *International Social Science Journal*. 34:132:217.
- Dib, Mónica; Valença, Alexandre M.; Nardi, António E. (2005). *Relato de caso: Transtorno de Pânico e Hipocondria*. Laboratório de Pânico e Respiração. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Derogatis, Leonard R.; SCL-90-R. *Manual II: Administration, Scoring & Procedures. Clinical- Psychometric Research*. For the R(evised) version and others instruments of the Psychopatology Rating Scale Series. Thowson.
- Dias, Carlos A. (2005). *Repetição e Risco*. *Análise Psicológica* (2005), 1 (XXIII): 5-10.
- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). *A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp. 319-345.
- Eldrid, J.(1993). *Caring for the suicidal*. Editora Constable: Londres.
- Ecuria, Juan M. S.; Muñoz, Maria P.R. (2004). *Casinos: Efectos Sociales Negativos y Ludopatía*. Dirección General de Bibliotecas SIID. Servicio de investigación y analisis. División de Política Social.
- Ferreira, João Monteiro. (2003). *A Guerra- Aspectos Psicológicos*. Climepsi. 1ª edição. Lisboa.
- Gouveia, J. & Sacadura, C. (2003). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Perturbação de Pós-Stress Traumático*. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. (Eds.), *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp.163-186). Lisboa: Climepsi Editores.

- Gallo, Kontxi Baez. (2001). Guias de Educación Sanitaria. *Jugando a perder- la ludopatía*. EUSKO JEURLARITZA- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad.
- Graeff, Frederico G. (2003). *Serotonina, matéria cinzenta periaquedutal e transtorno do pânico*. Pós-Graduação em Saúde Mental. Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. SP. Brasil.
- Gould M.; Fisher P.; Parides M.; Flory M. & Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 53:1155-62.
- Horowitz, M., Wilner, N., Kaltreiner, N. & Alvarez, W. (1999). Signs and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. In Horowitz, M. (Ed), Essential Papers on Posttraumatic Stress Disorder (pp.22-40). New York: New York University Press.
- Hackmann, Ann; Ehlers, Anke; Speckens, Anne; Clark', David M.; *Characteristics and Content of Intrusive Memories in PTSD and Their Changes With Treatment*. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17, No. 3, pp. 231-240.
- Hutchings, E. & Devilly, G. (2006). *Impact of Event Scale*. Consultado em 9 de Setembro de 2006 através de <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/ptsd/ies.html>.
- Feijó R.; Raupp A. & John A. (1999). *Eventos estressores de vida e sua relação com tentativa de suicídio em adolescentes*. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 48 (4):151-7.
- Kolk, Van der; Roth; Pelcovitz; Sunday; Spinazzolla. (2005). *Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma*. *Journal of Traumatic Stress*. Vol.18.nº5.October.pp389-399.

- Jiménez, Ângela L; Saso, C.E.; Tomás, Ana L.(2004). *Los Juegos de Azar. Juego Social e Ludopatía*. Las ludopatias em Aragón.
- Jornal de Notícias (2006). *Tentativas de suicídio aumentam entre os adolescentes*. In http://www.hsm.minsaude.pt/default.aspx?tabid=1598&MenuActive=NewsLetter#ID_34
- Levi F, La-Vecchia C, Saraceno. Global suicide rates. *European Journal of Public Health*. 13 (2): 97-8.
- Lipp, M.E.N. (2000). *O Burnout no Hospital geral: como identificá-lo*. Hospital Getúlio Vargas. Brasil. Impresso.
- Macher, J.P.; Crocq, M.A. (2000). *Dialogues in Clinical Neuroscience- Posttraumatic Stress Disorder*. 2 (1). 1.
- Maia, Ângela; Fernandes, Eugenia. (2000). *Quando a guerra parece não ter fim: uma intervenção psicoterapêutica em Perturbação Stress Pós-Traumático de Guerra*. Universidade do Minho. Braga. Portugal.
- Maia, Ângela Costa; McIntyre; Pereira, Graça; Fernandes, Eugénia. (2001). *Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial*. Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.
- Mackinley, J.C.; Hataway, S.R. (1941). *MMPI: Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota*.
- Machado, Mónica M. (2005). *A Propósito dos Contos de Fada*.
- Magalhães, Sílvia H. T.; Loureiro, Sónia R. (2005). *Transtorno do Pânico: nível de stress e locus de controle*. Estudos de Psicologia. Campinas:22(3): 233-240.

- Manfro, Gisele G.; Isolani, Luciano; Blaya, Carolina, Santos, Lissandra e Silva, Maura. (2002). *Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância*. Porto Alegre, RS, Brasil. Fundação Universitária Mário Martins.
- Mello, M. (2000). O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cad. Saúde Pública do Rio de Janeiro*. 16:163-170.
- Mendes, R.; Vieira M.; Horta, M.& Oliveira, R. (2003). Risco de suicídio em condutores adolescentes. *Análise Psicológica*. 4: 465-474.
- Moreno, Juan Garcia. (1999). La integración de la Psicoterapia. Universidad Complutense de Madrid. Miembro de AESPAT. Revista de Análisis Transaccional.
- Margis, Regina. (2003). *Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção?*. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.25 suppl.1 São Paulo.
- Millon. (1982). *Manual: Inventário Clínico Multiaxial de Millon*.
- Olf, M., Langeland, W. & Gersons, B. (2005). The Psychobiology of PTSD: Coping with Trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (10), pp. 974-982.
- Odriozola, E. (2001). *Perturbações de Ansiedade na Infância*. McGraw-Hill.
- Olf, M., Langeland, W. & Gersons, B. (2005). The Psychobiology of PTSD: Coping with Trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (10), pp. 974-982.
- Oliveira, A.; Amâncio, L. & Sampaio, S. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. 4: 509-521.

- Oliveira, A. et al. (2001). As preocupações dos jovens face ao suicídio – Representações sociais do suicídio na adolescência. *Psiquiatria Clínica*. 22:41-48.
- Pereira, Agostinho. Manual : *Test D'attention Barrage de Signes de Toulouse Pierón*.
- Pereira, Maria da Graça. (2003). *Intervenção Familiar no Trauma*. 1ª edição. Climepsi editores. Lisboa.
- Power, M. & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove: Psychology Press Ltd.
- Pascual, P; Ferrer, A.; Rayo, S.; Lapeira, J. & Garcia, C (2005). El paciente suicida. *Guías Clínicas*. 5: 1-3.
- Power, M. & Dalgleish, T. (1997). Cognition and Emotion: From Order to Disorder. Hove: Psychology Press Ltd.
- Quintais, Luís. (2000). *Memoria e Trauma numa unidade Psiquiátrica. Análise Social*. 34. 673-684.
- Quintais, Luís. (2001). *Medicalização da Experiência e Intencionalidade: A Aceitação de uma Nosologia como Motivo e Justificação da História*. *Etnográfica*, Vol.V (2), 2001, pp. 325-334.
- Ramadam, A.(2004). Suicídio: estudos fundamentais. *Revista Psiquiatria Clínica* 31: 306.
- Rosenheck, R.; Thompson, J. (1999). *Detoxification of Vietnam War Trauma: A combined Family – Individual Approach*.

- Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: a experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*. 18:187-194.
- Schnurr, P.P; Friedman M.J.; Bernardy N.C.(2002). *Research on posttraumatic disorder: epidemiology, pathology and assessment*. VA National Center of PTSD and Dartmouth Medical School. USA.
- Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda. Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Quarteto: Coimbra.
- Secades, Villa R.; Villa, Canal. (1998). *El juego patológico: Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescência*. Madrid. Piramide.
- Shalev, A.Y; Freedman, S; Peri, T.; Brandes, D.; Sahar, T.; Orr, SP.; Pitman, R.K. (1998). *Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma*. Am J Psychiatry.
- Silva, D. (2006). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L. & Machado, C. (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp.45-60). Coimbra: Quarteto
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Sundin, E. & Horowitz, M. (2002). *Impact of Event Scale: Psychometric Properties*. *British Journal of Psychiatry*, 180, pp. 205-209.
- Turnbull, G. (2005). *Post-traumatic Stress Disorder*. Mind Works Professional Briefing.

- Valentine, P. (2003). *Trauma: Definição, Diagnóstico, Efeitos e Prevalência*. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. (Eds.), *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp.19-33). Lisboa: Climepsi Editores

- Van der Kolk. (2000). *State of the Art. Dialogues in Clinical Neuroscience- Posttraumatic Stress Disorder*. 2 (1).1.

- Ventura, Margarida; McIntyre, Teresa. (2003). *Stress Traumático em populações civis: o caso de Angola*. Climepsi. Lisboa.

- Webb, M. (2005). *Caregiver's Needs Across a Cognitive Lifetime. The Secret Life of the Brain Adult Guide*. Essay 5.

- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). Revised Impact of Event Scale-Revised. In Wilson & T. Keane (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.

- Winje, Dagfinn. *Cognitive Coping: The Psychological Significance of Knowing What Happened in the Traumatic Event*. Journal of Traumatic Stress, Vol. 11, No. 4.

- Werneck, G.; Hasselmann, M.; Phebo, L.; Vieira D. & Gomes, V. (2006). Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 22:2201-2206.

- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, Diagnóstico, Efeitos e Prevalência. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. (Eds.), Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção (pp.19-33). Lisboa: Climepsi Editores.

- Vilhena, Junia de. (2003). *Da claustrofobia à agorafobia. Cidade, confinamento e subjetividade*. Revista Rio de Janeiro, n. 9, p. 77-90.

- Tavares, D. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 54(2):146-154.
- Trimble, M.R.(1981). Post-Traumatic neurosis : from railway spine to the whiplash. Chichester: Wiley.
- http://www.mdn.gov.pt/pag_principal/LEGISLACAO/Antigos_Combatentes_legislacao_stress.htm.

ANEXOS



LIGA DOS COMBATENTES – CEAMPS
CENTRO DE APOIO À INCLUSÃO SOCIAL

PRÉ-DIAGNÓSTICO DE AVALIAÇÃO SOCIAL

NÚCLEO:

Nº DE SÓCIO:

SITUAÇÃO IDENTIFICADA POR:

CONHECIMENTO DA SITUAÇÃO DESDE: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

—

MORADA:

CÓDIGO-POSTAL: _____ - _____ **LOCALIDADE:**

TELEFONE: _____

PESSOA DE CONTACTO: _____

2. BREVE DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO:

3. TIPO DE APOIO PRESTADO PELO NÚCLEO:

DESDE: _____

4. AGREGADO FAMILIAR

	Nome	Idade	Estado Civil	Grau de Parentesco	Actividade Profissional
1	Combatente				
2					
3					
4					
5					

OBSERVAÇÕES:

5. SITUAÇÃO DE SAÚDE:

5.1 Acompanhamento Médico e/ ou Psicológico: Sim Não

5.2 Especialidade _____/

6. SITUAÇÃO ECONÓMICA

Nome	Rendimento	Proveniência	Despesas	Valor
Combatente	€		Renda de Casa	€
	€		Água, Luz, Gás	€
	€		Alimentação	€
	€		Saúde (Medicamentos)	€
	€		Outras _____	€

7. SITUAÇÃO HABITACIONAL:

Habitação Própria Habitação Arrendada Quarto Lar 3ª
Idade

Vive na rua ou em alojamento de emergência **Habitação inadequada** (em alojamento indigno)

Sem Alojamento **Habitação precária** (casa de amigos, familiares, sem arrendamento, etc.)

8. APOIOS EXTERNOS:

8.1. Acompanhamento/ Apoio de alguma instituição: **Sim** **Não**

8.2 Tipo de acompanhamento/apoio:

Outras Informações/comentários:

Avaliação efectuada por:

_____ / _____

Data: _____, de _____ de 2009

Notas:

- 1) Responder em 60 dias (apenas para os casos que estão a ser acompanhados pela LC). Após preenchimento, o documento deve ser dirigido à Coordenação do CEAMPS (Dr^a Filipa Santos – Assistente Social).
- 2) Juntar documentos comprovativos.

PARA NÚCLEOS:

1. No âmbito do apoio prestado aos combatentes e famílias carenciadas, o CEAMPS pretende efectuar uma triagem e avaliação mais criteriosa em relação à forma como são atribuídos os recursos financeiros aos associados mais carenciados.
2. De acordo com compromissos e desafios colocados nas reuniões de trabalho de divulgação do programa Cuidados de Saúde / PTSD, efectuadas durante o último trimestre de 2008, com os Núcleos, junto se envia um modelo de pré-diagnóstico para actualização e avaliação dos casos que estão a ser acompanhados pelos Núcleos.

3. O objectivo final destas acções é permitir um maior rigor nos apoios financeiros atribuídos por forma a abranger o maior número de combatentes e famílias carenciadas (a prática do trabalho no terreno com alguns Núcleos, evidencia que existem outras necessidades que podem e devem ser encontradas através dos recursos existentes na comunidade).
4. É através deste trabalho que temos vindo a realizar em conjunto com os Núcleos que conseguiremos tornar a Liga dos Combatentes mais forte e mais solidária.

Datado

O Secretário-Geral da LC

