Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Marques, Patrícia Maria Pereira, 1992-

Intervenção psicológica em adultos com deficiência intelectual

http://hdl.handle.net/11067/2648

Metadados

Data de Publicação 2017-01-10

Resumo O presente trabalho pretende dar a conhecer o estágio académico desenvolvido na CERCI Lisboa, mais concretamente, o Centro de Atividades Ocupacionais Espaço da Luz. Para a concretização do estágio, foram traçados, previamente, os seguintes objetivos: observação, recolha de dados anamnésicos e avaliação psicológica a dois ou mais clientes; realização de 2 acompanhamentos psicológicos individuais; gizar um plano de competências cognitivas, adaptado à população do C.A.O. Espaço da Luz; partilha e ...

Palavras Chave Cerci (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Pessoas com deficiência mental - Cuidado e tratamento, Psicologia clínica - Prática profissional

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-23T12:16:47Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em adultos com deficiência intelectual

Realizado por:
Patrícia Maria Pereira Marques
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientado por:
Dr.ª Mónica de Jesus Santos

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof.ª Doutora Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden
Relatório aprovado em:	25 de Novembro de 2016

Lisboa

2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em adultos com deficiência intelectual

Patrícia Maria Pereira Marques

Lisboa

Setembro 2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em adultos com deficiência intelectual

Patrícia Maria Pereira Marques

Lisboa

Setembro 2016

Patrícia Maria Pereira Marques

Intervenção psicológica em adultos com deficiência intelectual

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

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ª Mónica de Jesus Santos

Lisboa

Setembro 2016

Ficha Técnica

Autora	Patrícia Maria Pereira Marques
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Dr.ª Mónica de Jesus Santos
Título	Intervenção psicológica em adultos com deficiência intelectual
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MARQUES, Patrícia Maria Pereira, 1992-

Intervenção psicológica em adultos com deficiência intelectual / Patrícia Maria Pereira Marques ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Mónica de Jesus Santos. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-
II - SANTOS, Mónica de Jesus, 1975-
III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH
1. Deficientes mentais - Cuidado e tratamento
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Cerci (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. People with mental disabilities - Care
2. Clinical psychology - Practice
3. Cerci (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RC570.M37 2016

Agradecimentos

No momento de encerrar esta fase tão importante do meu percurso académico, quero deixar o meu sincero agradecimento às pessoas que colaboraram comigo durante o mesmo.

Primeiramente à querida orientadora de estágio Dr.ª Mónica Santos pela ajuda inesgotável, partilha de saberes e apoio incondicional nos diversos momentos.

Muito em particular, não posso deixar de agradecer toda a simpatia e amabilidade dos clientes do Espaço da Luz, com quem tive a feliz oportunidade de contactar diariamente. São pessoas únicas que marcaram o meu percurso!

Aos técnicos do Espaço da Luz o meu reconhecimento pela atenção e simpatia demonstrados.

Agradeço à Professora Doutora Tânia Gaspar, pela excelente coordenação do Mestrado de Psicologia Clínica.

À Professora Doutora Túlia Cabrita, supervisora do estágio académico, deixo uma palavra de apreço pela disponibilidade e orientação na elaboração do relatório.

Quero também agradecer aos meus colegas de estágio Thaíse Vasconcellos e Tiago Silva pela paciência interminável e motivação constante.

Em último lugar e não menos importante, um agradecimento especial à minha mãe por todo o incentivo e apoio incondicional. Sem ela a concretização deste objetivo não seria possível!

Resumo

O presente trabalho pretende dar a conhecer o estágio académico desenvolvido na CERCI Lisboa, mais concretamente, o Centro de Atividades Ocupacionais Espaço da Luz.

Para a concretização do estágio, foram traçados, previamente, os seguintes objetivos: observação, recolha de dados anamnésicos e avaliação psicológica a dois ou mais clientes; realização de 2 acompanhamentos psicológicos individuais; gizar um plano de competências cognitivas, adaptado à população do C.A.O. Espaço da Luz; partilha e discussão dos estudos de caso, assumidos pela estagiária, bem como, da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo curso de psicologia clínica e nas aulas de supervisão de estágio; enriquecimento do trabalho prático a desenvolver na organização- através da aquisição destes conhecimentos, da partilha e discussão realizadas em contexto académico.

O enquadramento teórico foi realizado a partir da revisão de literatura sobre a psicologia clínica na relação com a problemática da deficiência intelectual, com relevância no modelo cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica, Acompanhamento Psicológico Individual, Psicologia Clínica, Modelo Cognitivo-Comportamental, Deficiência Intelectual Ligeira, Perturbação do Controlo dos Impulsos

Abstract

This work aims to present the academic stage developed in CERCI Lisbon, more specifically, the Occupational Activity Center Espaço da Luz.

For the implementation of the traineeship they were set in advance the following objectives: observation, anamnestic data collection and psychological evaluation to two or more patients; conducting two individual psychological accompaniments; elaborate a plan of cognitive skills, adapted to the population occupational activity center Espaço da Luz; sharing and discussion of case studies, undertaken by a trainee, as well as the practical application of knowledge acquired during the course of clinical psychology and the training supervision classes; improvement of practical work to develop on organization- through the acquisition of this knowledge, sharing and discussion held in an academic context.

The theoretical framework was based on the literature review of clinical psychology in relation to the problem of intellectual disability, with relevance in the cognitive-behavioral model.

Keywords: Psychological Assessment, Monitoring Single Psychological, Clinical Psychology, Cognitive-Behavioral Model, Intellectual Disability Light, Disturbance of the Pulses Control.

Lista de tabelas

Tabela 1 Intervenção Individual 41

Tabela 2 Intervenção em Grupo 42

Tabela 3 Atividades realizadas durante o estágio académico 45

Tabela 4 Sessões realizadas no plano de competências cognitivas 56

Tabela 5 Caso1- Dados biográficos 64

Tabela 6 Subtestes- Pontos fortes 67

Tabela 7 Subtestes- Pontos fracos 67

Tabela 8 Caso 2- Dados biográficos 83

Tabela 9 Subtestes- Pontos fortes 87

Tabela 10 Subtestes- Pontos fracos 87

Lista de abreviaturas

AAMR	-	Associação Americana de Deficiência Mental
APA	-	American Psychological Association
A.S.U.	-	Atividade Socialmente Útil
C.A.O.	-	Centro de Atividades Ocupacionais
CERCI Lisboa	-	Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades
CID 10	-	Classificação Internacional da Deficiência
CIF	-	Classificação Internacional de Funcionalidade
DSM	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E.G.	-	Por exemplo
MoCa	-	Montreal Cognitive Assessement
MMPI-2-R	-	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MMSE	-	Mini Mental State Examination
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
P.I.I.C.	-	Plano de Intervenção Individual do Cliente
WAIS III	-	Wechsler Adult Intelligence Scale

Índice

Agradecimentos I
Resumo III
Abstract V
Lista de tabelas VII
Lista de abreviaturas IX
Índice XI
Introdução 1
Caracterização da instituição 5
Caracterização da população 9
Enquadramento teórico 11
Psicologia clínica 11
Papel do psicólogo clínico 12
Ética e deontologia 14
Intervenção psicológica 17
Técnicas de apoio à intervenção psicológica 17
Observação clínica 17
Entrevista clínica 18
Avaliação psicológica 18
Modelo de intervenção 19
Aconselhamento 19
Psicoterapia de apoio 19
Abordagens psicoterapêuticas na deficiência intelectual 20
Programas de treino de competências 22
Intervenção em crise 23
Modelo cognitivo- comportamental 24
Conceptualização e compreensão da deficiência intelectual 26
Deficiência intelectual- mudança de paradigma 26
Deficiência intelectual- definição, etiologia, classificação 26
Organização Mundial de Saúde: CIF e CID-10 32
A família da pessoa com deficiência intelectual 33
Integração sócio-profissional da pessoa com deficiência intelectual 34
Duplo Diagnóstico 35
Perturbação do controlo dos impulsos 36

Objetivos 39
Método 41
Participantes 41
Procedimentos 44
Instrumentos 59
Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS III) 59
Inventário da Ansiedade de Beck 60
Figura Complexa de Rey 60
Mini Mental State (MMS) 60
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2-RF) 61
Montreal Cognitive Assessement (MoCa) 61
Estudos de caso 63
Caso 1- Jorge 64
História clínica 64
Interpretação dos resultados 66
Objetivos da avaliação psicológica 70
Plano terapêutico 70
Evolução das sessões 71
Discussão e conclusão do estudo de caso 79
Caso 2- Maria 83
História clínica 83
Interpretação dos resultados obtidos na avaliação psicológica 86
Objetivos da avaliação psicológica 91
Plano terapêutico 91
Evolução das sessões 91
Discussão e conclusões do estudo de caso 97
Conclusão 101
Reflexões críticas 103
Referências bibliográficas 105
Apêndices 111
Lista de apêndices 113
Apêndice A 115
Anexos 119
Lista de anexos 121
Anexo A 123

Anexo B 129
Anexo C 133
Anexo D 145
Anexo E 149
Anexo F 153
Anexo G 157
Anexo H 161
Anexo I 169
Anexo J 173
Anexo K 177
Anexo L 181
Anexo M 185
Anexo N 189
Anexo O 193
Anexo P 211
Anexo Q 215
Anexo R 219
Anexo S 223
Anexo T 241
Anexo U 245
Anexo V 249
Anexo X 253
Anexo Z 259

Introdução

O presente relatório realizou-se no âmbito do mestrado em psicologia clínica, tendo como objetivo apresentar todo o percurso de estágio académico desenvolvido ao longo do ano letivo 2015/2016, no Centro de Atividades Ocupacionais (C.A.O.) Espaço da Luz, da CERCI Lisboa- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades, CRL.

A deficiência intelectual poderá ocorrer em todas as culturas, sendo que os sujeitos do sexo masculino, evidenciam maior probabilidade para a deficiência intelectual moderada e grave, do que os do sexo feminino. A deficiência intelectual encontra-se relacionada com outras patologias, por exemplo, do foro mental, físico ou do neurodesenvolvimento. Existe uma elevada taxa de incidência de paralisia cerebral e epilepsia em pessoas com deficiência intelectual. As perturbações mais comuns nestes sujeitos são: défice de atenção/hiperatividade, perturbação bipolar, depressão, esquizofrenia, perturbação de ansiedade, perturbação do controlo dos impulsos, entre outras (APA, 2014).

O relatório encontra-se organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo debruçar-nos-emos na caracterização da instituição, abordando os principais aspetos do C.A.O. Espaço da Luz, enquadrado na CERCI Lisboa: quais os antecedentes históricos, os aspetos organizacionais desta resposta social, a caracterização e o funcionamento do C.A.O. Será, ainda, possível encontrar neste capítulo a caracterização da população alvo (deficiência intelectual ligeira e moderada, multideficiência e duplo diagnóstico) e, mais especificamente, o tipo de problemáticas/perturbações apresentadas pelos clientes (por exemplo, perturbação do controlo dos impulsos, dificuldade em controlar a impulsividade, entre outras) e idade média dos mesmos (38 anos).

O segundo capítulo tem como objetivo apresentar o enquadramento teórico, resultante do trabalho de recolha e pesquisa bibliográfica realizada durante o estágio académico, estruturando-se da seguinte forma: breve definição acerca da psicologia clínica; o papel do psicólogo clínico e da psicóloga estagiária no contexto da deficiência intelectual; tipos de intervenção psicológica; modelo de intervenção utilizado no decorrer do estágio académico (modelo cognitivo-comportamental); explicação sobre o conceito de intervenção na crise; duplo diagnóstico; definição sobre a deficiência intelectual, bem como a etiologia e classificação; integração sócio-profissional da pessoa com deficiência intelectual; a família da pessoa com deficiência intelectual; caraterização sobre o conceito duplo diagnóstico e perturbação do controlo dos impulsos.

Seguidamente, no terceiro capítulo, será possível consultar os objetivos traçados no início do estágio, bem como a descrição detalhada em relação ao método, incluindo: numa primeira fase, a apresentação de todos os participantes que fizeram parte do estágio desenvolvido no ano letivo 2015/2016; numa segunda fase, encontrar-se-á a descrição precisa dos procedimentos, ou seja, irá estar relatada todas as atividades realizadas durante o estágio e por fim, numa terceira fase, esta corresponde à caraterização sumária dos instrumentos utilizados durante a avaliação psicológica dos dois estudos de caso.

No quarto capítulo, estão descritos os dois estudos de caso que a psicóloga estagiária acompanhou semanalmente. Tal descrição consiste na elaboração da história clínica de cada sujeito (neste caso são dois clientes); interpretação dos resultados obtidos nos testes administrados aos estudos de caso; o traçar de objetivos para o plano terapêutico a desenvolver com cada estudo de caso; breve descrição acerca das sessões psicológicas

individuais realizadas; e, por fim, encontrar-se-á uma discussão/conclusão acerca de cada estudo de caso.

No quinto capítulo encontra-se disponível a conclusão do relatório de estágio, ou seja, trata-se de uma recapitulação sintética dos resultados do estágio face aos objetivos inicialmente propostos, evidenciando o alcance e as consequências das contribuições da psicóloga estagiária. Encontra-se ainda a apresentação de sugestões e de algumas limitações sentidas no decorrer do estágio.

Finalmente, no sexto capítulo, encontra-se uma reflexão pessoal sobre a experiência/aprendizagem e o impacto pessoal e profissional da realização do estágio académico, assim como, da redação do relatório de estágio.

Caracterização da instituição

O Centro de Atividades Ocupacionais (C.A.O.), denominado Espaço da Luz, surgiu em Setembro de 1998, em Carnide, com o principal objetivo de promover a valorização pessoal e a inclusão social de pessoas com deficiência intelectual, estimulando o máximo desenvolvimento das suas capacidades e potenciais (CERCI Lisboa, 2010).

O espaço físico deste centro é composto por uma receção; dois gabinetes (um referente à psicóloga e outro à diretora técnica); três salas (uma sala polivalente, uma sala de informática e uma sala de expressão plástica); um refeitório; uma cozinha; dois wc para os clientes (um masculino e um feminino); um wc para os técnicos; dois balneários; quatro dispensas e no exterior, um jardim, cuja manutenção diária fica a cargo dos clientes, com a supervisão das monitoras (CERCI Lisboa, 2010).

O Espaço da Luz conta com uma equipa técnica multidisciplinar, integrando: uma psicóloga (tempo inteiro) que acarreta a responsabilidade pela organização e monitorização dos cuidados na administração terapêutica; intervenção em crise e realização de apoio psicológico individual; uma diretora técnica, (tempo inteiro); uma técnica de reabilitação e psicomotricidade (tempo parcial) que tem como objetivo principal promover a funcionalidade, o bem-estar e a autonomia do cliente; um terapeuta ocupacional (tempo parcial) que desenvolve funções com vista a potenciar a participação do cliente nos diversos contextos de vida; três monitores de atividades ocupacionais (tempo inteiro) que têm como finalidade planear, desenvolver e avaliar atividades; um professor de informática (tempo parcial); uma professora de expressão plástica (tempo parcial) e uma auxiliar administrativa (tempo inteiro) (CERCI Lisboa, 2010).

O Espaço da Luz, de acordo com a avaliação dos potenciais, necessidades e expectativas dos clientes, assegura o desenvolvimento de atividades importantes para o

desenvolvimento e manutenção das capacidades físicas, psicológicas e emocionais, sendo elas as seguintes: Atividades Estritamente Ocupacionais (A.E.O.) são atividades realizadas no âmbito do processo de transformação das matérias-primas (nomeadamente reaproveitamento de materiais) em produtos finais, com o objetivo de desenvolver a criatividade e o desenvolvimento funcional do cliente, ligado à preocupação da organização através da venda e participação em exposições; Atividades Socialmente Úteis (A.S.U.): o seu enfoque é a realização de tarefas na comunidade (ex.: empresas do ramo automóvel- Soauto; CTT; creche do centro social e paroquial do Campo Grande; refeitório do Externato da Luz, entre outros), de acordo com os interesses, expectativas e potenciais de cada cliente. O seu principal objetivo é a valorização pessoal do cliente, o desenvolvimento de capacidades e da autonomia; Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social (A.D.P.S.), que se baseiam na realização de atividades no âmbito do desenvolvimento das competências cognitivas e sociais; Atividades Lúdico-Terapêuticas (A.L-T), de que são exemplo a atividade em meio aquático, a atividade motora, a expressão dramática, a dançoterapia, a informática, as artes plásticas, sob a responsabilidade de técnicos de intervenção específica, que visam o desenvolvimento e manutenção de capacidades físico-funcionais, a estimulação sensorial e, consequentemente, o bem-estar físico e emocional; Atividades de Manutenção do Espaço (exterior e interior) como, por exemplo, a limpeza das salas, do jardim, entre outros; Atividades Socioculturais: tratam-se de atividades que visam a inclusão social dos clientes, como por exemplo as saídas culturais, os passeios, as visitas de estudo a museus, entre outras (CERCI Lisboa, 2010).

A existência deste C.A.O na CERCI Lisboa surgiu da necessidade de prestar apoio a adultos com deficiência intelectual, multideficiência e diagnóstico duplo, que não tendo obtido sucesso na formação profissional, necessitavam de um local para frequentar

diariamente, com a finalidade de contribuir para a sua qualidade de vida, bem-estar físico e psicológico, desenvolvimento pessoal e inclusão social (CERCI Lisboa, 2013).

A CERCI - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados - organização não-governamental, ou seja, trata-se de uma cooperativa organizada sem fins lucrativos beneficiando, contudo, do estatuto de IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social). A sua principal missão é promover a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e multideficiência, atuando na prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades e no desenvolvimento de atividades, através do fomento de uma comunidade orientada pelo otimismo, motivação e não descriminação (FENACERCI, 2015).

Na qualidade de organização, a CERCI foi fundada a 16 de julho de 1975, em Lisboa, por um conjunto de pais e técnicos preocupados com a problemática das pessoas com deficiência intelectual e multideficiência. Assim, o seu grande objetivo foi, e ainda é, estruturar respostas adequadas e necessárias ao desenvolvimento das crianças, jovens e adultos com deficiência, bem como, apoiar e promover de forma diversificada a sua inclusão na Sociedade (FENACERCI, 2015).

Caracterização da população

A população que integra a CERCI Lisboa é designada por cliente (em vez de utente), por se tratar de um serviço, de âmbito social, custeado pelas famílias e comparticipado pelo Estado português (CERCI Lisboa, 2010).

O C.A.O. tem capacidade para atender 30 clientes (atualmente, doze clientes são do sexo feminino e dezoito clientes são do sexo masculino), encontrando-se todas as vagas preenchidas, sendo que os mesmos têm idades compreendidas entre os 23 e os 50 anos. A média de idades é de 38 anos (CERCI Lisboa, 2013).

Os clientes que frequentam o Espaço da Luz apresentam diagnósticos de deficiência intelectual ligeira (sete casos) e moderada (treze casos); multideficiência (sete casos); encontra-se também integrado um caso de duplo diagnóstico (co-morbilidade de deficiência intelectual com patologia psiquiátrica) e dois casos de Trissomia XXI (CERCI Lisboa, 2013).

O grupo é bastante heterogéneo, denotando-se níveis de autonomia e problemáticas diferentes (dificuldades de atenção, irritabilidade, baixa auto-estima, impulsividade, fraca resistência à frustração, entre outras). O nível de escolaridade desta população varia entre o 4º ano e o 9º ano de escolaridade (via Ensino Especial), sendo que a grande maioria frequentou cursos de formação profissional, não apresentando, no entanto, o perfil adequado para a inclusão no mercado de trabalho (CERCI Lisboa, 2011).

No que concerne ao processo de integração no C.A.O, qualquer potencial cliente terá, necessariamente, que ser submetido a um processo de candidatura e seleção, o qual se rege pelo Regulamento Interno. Após a análise do pedido de admissão, avaliação diagnóstica e recolha de informação anamnésica, existe uma fase de acolhimento e integração do novo cliente (CERCI Lisboa, 2010).

As condições de admissão de clientes para o Espaço da Luz são as seguintes: ter idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnóstico comprovado de deficiência intelectual ou multideficiência, com limitações ao nível da atividade e participação na vida ativa; existir a comprovação de que a situação de deficiência não se enquadra no âmbito da legislação aplicável ao emprego protegido; existência de necessidade de enquadramento ocupacional e, por fim, a área geográfica de residência (CERCI Lisboa, 2010).

Enquadramento teórico

Psicologia clínica

A origem da psicologia clínica encontra-se historicamente ligada à criação do primeiro laboratório de psicologia experimental por Wilhelm Wund, em Leipzig, na Alemanha, durante o século XIX (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro & Gomes, 2007).

A origem do termo psicologia clínica foi atribuída a Lightner Witmer, sucessor de Cattel, enquanto diretor do laboratório de psicologia na Universidade da Pensilvânia (Ribeiro & Leal, 1997).

Eysenck (2000), definiu a psicologia clínica como uma ciência que, através da observação e do estudo do comportamento e dos fenómenos psicológicos, procura a compreensão dos processos que subjazem ao comportamento do ser humano.

Anzieu, citado por Pedinielli (1999), salienta que a psicologia clínica foca-se no ser individual e no ser social, assim como também, nos conceitos de normal e patológico, tendo em conta as diferentes fases do desenvolvimento do ser humano.

A psicologia clínica centra-se numa população específica ou numa nosologia, contemplando uma metodologia de intervenção adequada, na qual a relação entre psicólogo e paciente deverá ser frutífera (Ribeiro & Leal, 1997).

No contexto da deficiência intelectual, a psicologia clínica surge como uma área bastante importante, na medida em que os profissionais conhecem melhor as técnicas adequadas para lidar com este tipo de população (Ribeiro, 1996).

Piaget foi um dos primeiros autores a propor uma psicologia assente no método clínico. O termo método clínico assenta nas situações de entrevista ou em situações experimentais definidas, cuja observação deve ser direta e minuciosa (Leal, 2008).

O método clínico baseia-se na recolha de informação importante, através da anamnese, recurso a provas psicológicas e pelo sentido clínico- observação e intuição (Leal, 2008).

A criação do termo método clínico acabou por se tornar central e imprescindível na e para a prática do psicólogo clínico (Ribeiro & Leal, 1997).

Papel do psicólogo clínico

A intervenção do psicólogo clínico no contexto da deficiência intelectual, foca-se sobretudo em atividades de triagem e de avaliação psicológica, centrando-se em estabelecer o diagnóstico (classificação e etiologia) e a orientar para serviços com características e respostas mais adequados (Glat, 1999).

Alonso & Bermejo (2001) referem que o trabalho desenvolvido pelo psicólogo clínico na área da deficiência intelectual é bastante vasto, na medida em que, os psicólogos para além de classificarem o grau de deficiência, definem também estratégias para promover o desenvolvimento mental, a autonomia, a independência pessoal e a inclusão social. O psicólogo clínico é também a pessoa mais indicada para intervir em situações de crise.

Na área da deficiência intelectual, o psicólogo clínico desempenha funções no âmbito da promoção da saúde mental do sujeito e intervém perante perturbações psicológicas que muitas vezes encontram-se associadas à deficiência intelectual, nomeadamente sintomatologia psiquiátrica (delírios, alucinações). Muitas vezes a intervenção do psicólogo clínico estende-se ao apoio à família e dos profissionais envolvidos no contexto inserido (Glat, 1999).

No que concerne ao papel do psicólogo clínico, já no contexto específico da organização onde se desenvolveu este estágio curricular, a CERCI Lisboa, e de acordo com o Regulamento Interno da mesma, declaram-se as seguintes funções: planear,

implementar e avaliar a intervenção, tendo em consideração as necessidades, potenciais e expectativas do cliente, promovendo a sua qualidade de vida nos diferentes contextos em que está inserido, em estreita articulação com todos intervenientes no seu projeto de vida (CERCI Lisboa, 2011).

São elencadas, ainda, as responsabilidades do psicólogo clínico no C.A.O.: identificar necessidades e potenciais do cliente, aplicando instrumentos e técnicas específicas; elaborar, implementar e avaliar o Plano de Intervenção Individual do Cliente (P.I.I.C.) relativo à sua intervenção; participar em ações de âmbito diverso, com vista à planificação, implementação e avaliação dos objetivos gerais e específicos do plano individual; realizar, inclusivamente no exterior da CERCI, as ações necessárias ao desenvolvimento do P.I.I.C.; planear e dinamizar ações promotoras do desenvolvimento pessoal e social, individuais ou de grupo; organizar os processos individuais dos clientes, garantindo a sistematização da informação de acordo com as normas e procedimentos éticos estabelecidos; orientar e apoiar a equipa na planificação e desenvolvimento de atividades e na definição de estratégias de intervenção; orientar no processo das atividades socialmente úteis, deslocando-se às estruturas de atendimento sempre que necessário; participar em processos de avaliação, admissão e acolhimento de novos clientes; administração e monitorização de medicação (eventual, pontual ou diária); intervir em situações de emergência e acompanhamento psicológico (individual ou em grupo), de acordo com as necessidades (CERCI Lisboa, 2011).

O psicólogo clínico tem como função a realização da avaliação psicológica e acompanhamento psicológico de pessoas (população adulta), com perturbações de índole intelectual e mental (ou duplo diagnóstico), social/comportamental e emocional. A articulação com alguns serviços de saúde parceiros (em particular consulta de psiquiatria ou neuropsiquiatria), tais como hospitais e centros de saúde, demonstra-se

importante para o apoio psicológico de pessoas com deficiência intelectual. O psicólogo encontra-se incumbido de realizar as seguintes funções: treino e estimulação cognitiva e psicossocial, que são essenciais para a manutenção das capacidades cognitivas de pessoas com deficiência intelectual (CERCI Lisboa, 2010).

Ética e deontologia

O código deontológico pretende integrar os princípios éticos da atividade profissional em psicologia, em qualquer área de aplicação e contexto, com o objetivo de encaminhar os psicólogos no sentido de práticas de excelência, garantindo que a referência do exercício profissional é o máximo ético (OPP, 2011).

O código deontológico encontra-se organizado segundo princípios gerais e princípios específicos. Relativamente aos princípios gerais, encontram-se: o respeito pela dignidade e direitos da pessoa; a competência**;** a responsabilidade; a integridade e a beneficência e não maleficência (OPP, 2011).

O psicólogo não deve comparar as pessoas e deve compreender e aceitar a opinião de cada uma delas. Assim sendo, os psicólogos respeitam e promovem os direitos fundamentais das pessoas, a sua liberdade, dignidade, privacidade, autonomia e bem-estar psicológico. Tomam ainda as medidas necessárias para evitar prejudicar aqueles com quem integram profissionalmente e para minimizar danos quando eles sejam previsíveis e inevitáveis. Relativamente à competência, o psicólogo deve estar em constante formação teórica e prática, de modo a estar sempre atualizado com a informação. Mantêm elevados padrões de competência no seu trabalho e reconhecem os limites das suas competências particulares. Apenas fornecem serviços e utilizam técnicas para as quais se encontrem qualificados através da formação e/ou pratica profissional. No que diz respeito à responsabilidade, o psicólogo deve ter a consciência da grande responsabilidade que recai sobre si em virtude de, pelo seu trabalho, conhecer

aspetos da vida e da personalidade dos outros indivíduos. Em consequência tem o dever de ser objetivo e prudente, em particular, quando na sua ação faça intervenções relativas a desadaptado, adaptado, normal, anormal, aplicadas às pessoas e aos relatórios. Consta referir que os psicólogos promovem a integridade na ciência, no ensino e na prática da psicologia. No que concerne a beneficência e não-maleficência, é entendida como o princípio em que todos os psicólogos devem ajudar os indivíduos a ultrapassar as suas dificuldades e nunca prejudicá-los (OPP, 2011).

Os princípios específicos são: o consentimento informado; a privacidade e a confidencialidade; as relações profissionais; a avaliação psicológica; a prática e a intervenção psicológica; o ensino, a formação e a supervisão psicológica**;** a investigação e as declarações públicas (OPP, 2011).

Os psicólogos devem assegurar a manutenção da privacidade e confidencialidade de toda a informação a respeito do seu cliente e de conhecer as situações específicas em que a confidencialidade apresenta algumas limitações éticas ou legais. Os seus objetivos abarcam não só a promoção da qualidade de vida e proteção de pessoas, casais, famílias, grupos, organizações e comunidades com as quais os/as psicólogos/as trabalham, mas também a orientação e formação de membros efetivos e estagiários da Ordem dos Psicólogos e estudantes de psicologia relativamente aos princípios éticos da psicologia (OPP, 2011).

Intervenção psicológica

A intervenção psicológica consiste em ajudar o indivíduo a ultrapassar os seus problemas e a melhorar o funcionamento biopsicossocial, promovendo a qualidade de vida. Esta surge através da relação terapêutica entre o psicólogo e o paciente, sendo que pode ocorrer individualmente ou em grupo, abrangendo qualquer faixa etária.

Durante o processo de intervenção psicológica o paciente deve sentir que está a ser compreendido e ajudado, independentemente do seu problema.

Seguidamente, serão explanadas sucintamente algumas técnicas que ajudam o psicólogo a intervir eficazmente, nomeadamente: a observação clínica, a entrevista clínica e a avaliação psicológica.

Técnicas de apoio à intervenção psicológica

Observação clínica

A observação clínica carateriza-se por observar diretamente os comportamentos e atitudes do sujeito, com vista à compreensão dos seus problemas. Trata-se de uma técnica complementar a outras (entrevista clínica e avaliação psicológica, por exemplo), que permite compreender melhor o problema apresentado pelo indivíduo (Pedinielli, 1999).

A observação clínica é uma técnica de recolha de informação, que pode ser utilizada na entrevista clínica ou na avaliação psicológica com a aplicação de provas psicológicas (Ferreira & Mousquer, 2004).

O recurso a esta técnica como método de recolha de informação permite verificar o comportamento do sujeito e das suas atitudes no decorrer das sessões psicológicas (Pedinielli, 1999).

Entrevista clínica

A entrevista clínica consiste num encontro entre o psicólogo e o paciente, sendo que o psicólogo escuta atentamente o paciente (sem juízos de valor, demonstrando apoio incondicional) e desencadeia a partilha de informação no mesmo (Pedinielli, 1999).

Segundo Craig (1989), as técnicas utilizadas na entrevista clínica são: reflexão- permite que o paciente sinta que está a ser ouvido e que o psicólogo está a pensar naquilo que foi dito no momento, através do clássico "hum-hum!"; questionamento- carateriza-se pela realização de questões pertinentes para a recolha de informação; clarificação- o objetivo desta técnica é tornar mais claro aquilo que foi referido anteriormente; silêncio- pode significar que o individuo está a refletir sobre algo que foi dito no momento da intervenção, mas também pode significar inibição; reformulação- a finalidade desta técnica é explicar por outras palavras o que o paciente verbalizou, com vista à melhor compreensão do que foi dito; focagem- esta técnica é utilizada quando o indivíduo está a partilhar diversas informações ao mesmo tempo e é necessário que o psicólogo selecione a informação importante para a intervenção (Leal, 2008).

As técnicas anteriormente referidas podem ser utilizadas em simultâneo ou interligadas, recorrendo a uma linguagem simples e clara. A entrevista clínica relaciona-se com a avaliação do estado mental, ou seja, destina-se a avaliar os graus de deterioração ou disfunção em situações cuja sintomatologia sugere doença mental (Leal, 2008).

Avaliação psicológica

A avaliação psicológica no contexto da deficiência intelectual trata-se de adquirir e integrar toda a informação relevante, relativamente ao nível afetivo, social, cognitivo, e emocional, através de instrumentos adequados à avaliação. As pessoas com deficiência intelectual por vezes, revelam na situação da avaliação psicológica monotonia e

lentidão, levando à repetição no conteúdo durante as sessões. A avaliação psicológica concretiza -se através do recurso a protocolos válidos e deve responder a necessidades objetivas de informação, salvaguardando o respeito pela privacidade da pessoa (Simões, 1994).

Modelo de intervenção

Aconselhamento

O aconselhamento psicológico em pessoas com deficiência intelectual consiste numa relação de ajuda, tendo como objetivo promover uma adaptação mais adequada às próprias dificuldades ou problemas, tentando otimizar os seus recursos pessoais (Sousa, 2008).

O aconselhamento psicológico trata-se de uma intervenção de curta duração, com a finalidade de reduzir riscos através de mudanças concretas no comportamento (Trindade & Teixeira, 2000).

Psicoterapia de apoio

A psicoterapia de apoio visa levar ao conhecimento de si mesmo e permite a expressão emocional (Cordioli, 2008).

A psicoterapia de apoio é uma forma de psicoterapia, em que o terapeuta desempenha um papel ativo no sentido de ajudar o paciente a melhorar o seu funcionamento social e as suas capacidades de superação. A ênfase da terapia está em melhorar o comportamento e os sentimentos subjetivos, em vez de alcançar a introspeção ou auto-compreensão e, como tal, este aspeto, é particularmente relevante quando se trabalha com indivíduos com défice intelectual ou deficiências ao nível do desenvolvimento, em ambos os casos, existentes de forma ligeira. Embora exista literatura bastante reduzida sobre este assunto, há alguns pequenos estudos e relatos de

casos que resumem os benefícios da psicoterapia de apoio para essa população (Gentile & Gillig, 2004).

O estabelecimento da relação, ao longo das sessões é muito relevante, sendo que é a partir de uma relação empática, que se estabelece o sentimento de confiança e de expetativa de ajuda em relação ao problema (Cordioli, 2008).

Nas sessões de psicoterapia de apoio, a maior dificuldade encontrada pelo psicólogo encontram-se na compreensão da linguagem/comunicação da pessoa com deficiência intelectual (Glat, 1999).

Os objetivos da psicoterapia de apoio são os seguintes: promover uma relação de suporte entre o paciente e o terapeuta; reforçar os pontos fortes do paciente, as competências de superação das adversidades e a capacidade de utilizar os suportes ambientais; reduzir o sofrimento subjetivo do paciente e os comportamentos desajustados; ajudar o paciente a alcançar o maior grau de independência em relação à sua doença psiquiátrica; promover o maior grau possível de autonomia nas decisões de tratamento para o paciente (Gentile & Gillig, 2004).

Abordagens psicoterapêuticas na deficiência intelectual

Os dados existentes, no que diz respeito à eficácia clínica em pessoas com deficiência intelectual, são reduzidos, apesar da grande prevalência de problemas de índole mental e comportamental nesta população, e da resultante procura de apoio psicológico. Um número significativo de pessoas com deficiência intelectual possui comportamentos desajustados, que são frequentemente, originados na infância e persistem na fase adulta. Nesta ótica, importa acrescentar que se verificam problemas de comportamento, em pessoas que não possuem doença mental e que os mesmos têm origem em muitos fatores, e, sendo assim, a utilização de medicamentos para controlar estes comportamentos é controverso. Em particular, o ajuste clínico entre as

necessidades da pessoa com uma deficiência intelectual e a terapia psicológica disponibilizada é um aspeto raramente descrito na literatura (Bhaumik, Gangadharan, Hiremath & Russel, 2011).

A abordagem psicoterapêutica em pessoas com deficiência intelectual é controversa e a base de evidências para a eficácia das terapias psicológicas é extremamente limitada. Com efeito, um grau de inferência é extraído das intervenções aplicáveis à população em geral com problemas de saúde mental. Essa dedução pode ser aceitável para as pessoas com deficiência intelectual limítrofe ou moderada, mas é certamente menos aceite nos casos em que se verifica deficiência intelectual moderada a profunda e consequentemente as suas competências e as suas habilidades comunicacionais são limitadas. Apesar de alguns ensaios clínicos disponíveis fornecerem algumas evidências para a eficácia das intervenções psicológicas, geralmente os estudos têm sido de baixa qualidade devido a um vasto conjunto de razões. A maioria dos estudos não tem participantes suficientes, são de fraca conceção e há falta de grupos de controlo. Assim sendo, é muito difícil tirar conclusões significativas dos dados recolhidos (Bhaumik, Gangadharan, Hiremath & Russel, 2011).

Além disso, as preocupações éticas como a capacidade mental e o consentimento tornam mais difícil a realização de uma pesquisa satisfatória. Não há muita evidência disponível relativamente à avaliação, acerca de como motivar as pessoas com deficiência intelectual a envolverem-se em terapias psicológicas, e de igual forma não há praticamente nenhuma pesquisa que determine a terapia mais adequada, tendo em conta, o perfil e as necessidades das pessoas com deficiência intelectual. Em contrapartida, Nagel & Leiper nas suas pesquisas, concluíram que 80% dos técnicos utilizam intervenções comportamentais, 35% usam técnicas da terapia cognitivo-

comportamental e 17% usam métodos psicodinâmicos (Bhaumik, Gangadharan, Hiremath & Russel, 2011).

As intervenções comportamentais são utilizadas na maioria dos serviços, desta forma, priorizar a investigação nesta área torna-se urgente. No que diz respeito à terapia cognitivo-comportamental, esta apresenta uma forte base de evidências na população em geral e está a ser cada vez mais utilizada na população com deficiência intelectual. Assim, esta é provavelmente uma importante intervenção psicológica que necessita de uma maior pesquisa. Por outro lado, a terapia psicodinâmica para as pessoas com deficiência intelectual ainda é uma área em desenvolvimento e precisa de maior validação da sua aplicabilidade, talvez através de investigação qualitativa nesta fase. Ela também pode ser importante para identificar as características dos indivíduos que respondem a abordagens psicodinâmicas. Por todas estas intervenções, a investigação futura precisa de ter medidas e resultados válidos e confiáveis, grupos de estudo homogéneos e amostras de tamanho adequado para a avaliação da sua relação custo-benefício (Bhaumik, Gangadharan, Hiremath & Russel, 2011).

Programas de treino de competências

A cognição abarca o pensamento e a obtenção, a compreensão e a possibilidade para responder às informações. Estas incluem as capacidades para prestar atenção, para recordar, para trabalhar a informação, para resolver problemas, para organizar e reorganizar informação, para comunicar e para agir sobre a informação. Todas estas capacidades ligam-se umas às outras de modo a possibilitar que o ser humano funcione em congruência na sociedade. As competências cognitivas dizem respeito à capacidade mental necessária para funcionar na vida diária, isto é, são as competências base que o ser humano necessita ter presente para poder pensar, ler, perceber, recordar, planear e organizar (Medalia & Revheim, 2007).

As pessoas com deficiência intelectual encontram-se com as competências cognitivas significativamente afetadas, sendo que a estimulação e a manutenção cognitiva tornam-se importantes (Glat, 1999).

Os programas de treino de competência consistem em realizar um conjunto de tarefas/atividades, individualmente ou em grupo, com vista a melhorar o funcionamento de algumas áreas cognitivas (atenção, concentração, memória, entre outras), tendo como finalidade promover o bem-estar físico e emocional (Medalia & Reyheim, 2007).

Os programas de treino de competências surgem como resposta à necessidade de desenvolver competências e promover o bem-estar em pessoas com deficiência intelectual, tendo em atenção questões específicas que surgem ao longo do percurso de desenvolvimento pessoal e social desta população (Matos, Simões & Canha, 2000).

Intervenção em crise

A intervenção em crise consiste na avaliação rápida da situação e numa intervenção intensiva, focalizada nos problemas aqui-e-agora e limitada no tempo. O técnico de intervenção deve possuir um estilo ativo e flexível (Bancroft & Granham, 1999).

Existem dois tipos de intervenção psicológica na crise: por um lado, os denominados cuidados intensivos - cujo objetivo é o de inverter o estado de descompensação permitindo, assim, um retorno a um *coping* adaptativo (de forma mais eficiente possível). Neste caso, a tarefa que o psicólogo tem em mãos é a de afastar o sujeito do ambiente que espoletou a crise e diminuir a intensidade emocional. Procurar aliviar o seu estado de angústia, reforçar a comunicação apropriada entre o sujeito e os outros; mostrar interesse e tentar criar um ambiente de esperança na resolução do problema, são ainda funções que o psicólogo deve cumprir (Bancroft & Granham,1999).

Por outro lado, encontramos o aconselhamento na crise, onde a tarefa do psicólogo é facilitar a expressão de emoções e sentimentos; facilitar a comunicação; promover no

paciente a compensação básica dos seus problemas e das suas respostas; mostrar interesse e adotar uma postura empática; facilitar a procura de comportamentos adaptativos na resolução de problemas (Bancroft & Granham,1999).

O mecanismo de resposta a situações de crise ou a circunstâncias-problema, não é propriamente um comportamento, mas sim, um processo, que envolve a situação em si, a avaliação que o sujeito faz dela, os recursos externos/internos e o comportamento resultante por parte do sujeito (Bancroft & Granham,1999).

Modelo cognitivo- comportamental

O modelo cognitivo-comportamental tem como objetivo atuar sobre o comportamento e a modificação de pensamentos, sistemas de crenças conscientes e inconscientes e expectativas do paciente (Cottraux, 1991).

O psicólogo procura integrar a história do paciente e os problemas que apresenta, permitindo-lhe desenvolver estratégias específicas para lidar com as dificuldades apresentadas (Araújo & Shinohara, 2002).

O processo de intervenção regido pelo modelo cognitivo-comportamental ocorre com o intuito de possibilitar o paciente a identificar os pensamentos automáticos; reconhecer a relação entre cognição, afeto e comportamento; verificar a validade dos pensamentos automáticos e das suas crenças; corrigir conceitos errados, substituindo os pensamentos distorcidos por pensamentos mais reais e identificar e alterar crenças (Knapp & Beck, 2008).

Um aspeto considerado fundamental para o estabelecimento e o bom decurso da teoria cognitivo-comportamental, prende-se com a empatia que se estabelece entre psicólogo e paciente. Sendo assim, o psicólogo deve interessar-se por compreender os problemas apresentados pelo paciente, fazendo com que este se sinta apoiado e aceite incondicionalmente. (Araújo & Shinohara, 2002).

Relativamente às técnicas de intervenção, existem inúmeras técnicas cognitivas que são comummente utilizadas: identificação, questionamento e correção de pensamentos automáticos, reestruturação cognitiva, entre outros. No que diz respeito às técnicas comportamentais, temos por exemplo: criar uma lista de atividades para desenvolver posteriormente, partilhar experiências de contato com a realidade, role-plays, treino de competências cognitivas/sociais e sugerir estratégias para solucionar os problemas (Knapp & Beck, 2008).

No modelo cognitivo-comportamental as cognições são organizadas de acordo com esquemas, que simbolizam as unidades básicas do funcionamento cognitivo e que definem a forma como se constrói a realidade. Os pensamentos automáticos são esquemas cognitivos profundos, estáveis e inconscientes, que podem conter erros de avaliação dos quais a própria pessoa não se apercebe e que derivam de experiências prévias sendo que o indivíduo os utiliza de forma inconsciente para interpretar, avaliar e atribuir significados aos acontecimentos (Gonçalves, 2006; Kennerley, Kirk & Westbrook, 2011).

Neste modelo, poder-se-ão identificar três dimensões cognitivas: estruturas cognitivas, operações cognitivas e produtos cognitivos. As estruturas cognitivas são representações estáveis do conhecimento, que o indivíduo constrói acerca de si próprio, dos outros e do mundo (ou seja, os esquemas cognitivos). Estas estruturas têm a particularidade de atribuir significado às experiências vividas. Sendo uma forma de interpretação verbal, estão armazenadas na memória a longo prazo e tratam a informação automaticamente, antecipando a própria realidade. As operações cognitivas são as regras do processamento da informação que fazem a ligação entre as estruturas cognitivas e os produtos cognitivos. Os produtos cognitivos, por sua vez, surgem como resultado dos erros dos pensamentos automáticos, ativados pelos esquemas

disfuncionais, e tomam a forma de auto verbalizações, formas de diálogo interno, imagens ou fantasias, que surgem espontaneamente na consciência do sujeito (Gonçalves, 2006; Kennerley, Kirk & Westbrook, 2011).

Conceptualização e compreensão da deficiência intelectual

Deficiência intelectual- mudança de paradigma

No paradigma atual, assistiu-se a uma renomeação da deficiência mental, substituída pela nova denominação "Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental" (DID), proposta pela American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Esta mudança não se deveu apenas à questão de a terminologia "deficiência mental" se encontrar vinculada a uma condição humana estigmatizada de se ser pessoa, pelas suas dependências, dificuldades e atrasos desenvolvimentais. Trata-se, antes, de afirmar a mudança de paradigma do pensamento contemporâneo acerca da diferenciação humana, não pela aparência, mas sim, pela especificidade complexa do ser-se pessoa (Morato, 2012).

Na história da deficiência mental (anterior terminologia utilizada pelas diferentes áreas científicas) assistiu-se a uma atitude social ambivalente, oscilando entre a rejeição e/ou segregação (de que são exemplos a seleção ao nascimento, a eutanásia, a desumana institucionalização/prisão) e o protecionismo mágico-religioso, baseado num pensamento misericordioso. Ainda hoje, passados alguns séculos de avanços científicos, continuam a persistir algumas dificuldades ao nível da mudança de atitudes na sociedade, face a esta população, identificando-se, ainda, resistências várias na aceitação, integração e compreensão da diferença (Morato, 1998).

Deficiência intelectual- definição, etiologia, classificação

A edição DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Edição revista) é utilizada por uma grande panóplia de profissionais, incluindo psiquiatras,

clínicos gerais, psicólogos, assim como, médicos e pesquisadores de muitas áreas. Além de descrever detalhadamente os critérios diagnósticos, a DSM é também uma ferramenta necessária para reunir e disseminar estatísticas sobre o diagnóstico de transtornos mentais (APA, 2014).

Na DSM-V, o diagnóstico de deficiência intelectual baseia-se em três importantes critérios: critério A: QI- quoeficiente de inteligência abaixo de 70 (QI do indivíduo obtido através de vários instrumentos padronizados para este fim, entre eles: as Escalas Wechsler de Inteligência: WISC-III (6 a 16 anos) e WAIS – III (adultos), Stanford-Binet e Bateria Kaufman de Avaliação para Crianças; critério B: limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, competências sociais, segurança, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, aptidões académicas, trabalho, lazer, saúde; critério C: ocorrer antes dos 18 anos (APA, 2014).

De acordo com a AAMR - Associação Americana de Deficiência Mental (1992), é fundamental para o diagnóstico de deficiência mental que se tenham em consideração: os padrões culturais e linguísticos, bem como as diferenças comportamentais e culturais envolvidas; a existência tanto de limitações em determinados padrões adaptativos, consequentes do meio cultural em questão, quanto de limitações adaptativas específicas; e, por fim, a existência de, mecanismos de apoio adequados que permitam significativa melhoria no funcionamento intelectual da pessoa com deficiência.

Segundo a AAMR a deficiência intelectual apresenta os seguintes critérios: o início da deficiência mental deve ocorrer antes dos 18 anos de idade, colocando-nos assim ao nível de um transtorno do desenvolvimento e não de uma alteração cognitiva (como, por exemplo, numa situação de demência). Como foi referido nas definições acima, a

deficiência mental/intelectual é um estado onde existe uma limitação funcional em qualquer área do funcionamento humano, considerada abaixo da média geral do sistema social onde se insere essa mesma pessoa (Almeida, 2004).

Na deficiência intelectual estamos perante uma insuficiência/incapacidade a nível mental, ou seja, um funcionamento intelectual abaixo da média. A aptidão de compreensão, de atenção, de raciocínio e de planeamento encontram-se seriamente afetadas, sendo necessários métodos de intervenção baseados na aquisição de competências/capacidades para uma integração eficaz, tanto quanto possível, na sociedade. A deficiência intelectual carateriza-se por limitações significativas no funcionamento cognitivo e no comportamento adaptativo, expressando dificuldades pessoais e sociais no dia-a-dia. Esta ocorre antes dos 18 anos de idade (Carvalho & Maciel, 2003).

Russo (1994) refere que os processos cognitivos de pessoas com deficiência intelectual devem ser analisados segundo o nível de compromisso neurológico e segundo a ausência de experiências socioculturais.

Wescler (1997) afirma que existe uma multiplicidade de fatores que poderão estar na causa do surgimento da deficiência intelectual, entre os quais encontram-se os fatores biológicos, genéticos e fisiológicos.

Em termos etiológicos, a deficiência intelectual poderá decorrer de uma lesão pré-natal, genética causada por incompatibilidade sanguínea, alterações cromossomáticas ou genes anormais herdados pelos progenitores ou não-genética; de uma lesão perinatal, isto é, durante o parto pode ocorrer sofrimento cerebral do recém-nascido (sofrimento fetal), prematuridade, exposição a toxinas ou infeções durante o parto, traumatismos de parto (anoxia). Outra das causas para o surgimento da deficiência intelectual pode relacionar-se com uma lesão pós-natal causada, por exemplo, por uma infeção ou um

trauma crânio-encefálico. Durante a durante a gravidez, poder-se-á encontrar algumas justificações para o surgimento da deficiência intelectual, como por exemplo: carências alimentares ou doenças da mãe que comprometam o feto e a exposição destes agentes tóxicos com repercussão no desenvolvimento embrionário tais como infeções, entre outros (Sacaloski, Alavarsi & Guerra, 2000 cit. in Sousa, 2007).

Os principais fatores de risco da deficiência intelectual identificados pela Associação Americana para a Deficiência Mental são: as infeções ou intoxicação (da mãe, numa situação pré-natal ou de parto; do bebé, em contexto pós-natal), o trauma ou agente físico (ex. exposição a radiação), o metabolismo ou nutrição (ex. mutação genética), as malformações congénitas, as influências pré-natais desconhecidas, as anomalias cromossómicas (ex. síndrome de Down), os distúrbios da gestação, assim como, diferentes tipos de influências ambientais (AAMR, 1997).

O funcionamento intelectual global é definido por um quociente de inteligência (Q.I. ou equivalente ao Q.I.) obtido através de um ou mais testes padronizados de inteligência aplicados individualmente (por exemplo: escala de inteligência de Wechsler Revista para Crianças ou Adultos, 3.ªedição; Escala de Sanford Binet, 4.ªedição; Bateria de Kaufman para Crianças). Um funcionamento intelectual global significativamente inferior à média corresponde, assim, a um QI de 70 ou inferior (aproximadamente 2 desvios-padrão abaixo da média) (Sprovieri & Assumpção, 2007).

Para classificar os diferentes graus de gravidade de deficiência, que refletem o grau de incapacidade intelectual, consideram-se os seguintes níveis: Deficiência Intelectual Ligeira (QI entre 50-55 a aproximadamente 70); Deficiência Intelectual Moderada (QI entre 35-40 e 50-55); Deficiência Intelectual Grave (QI entre 20-25 e 35-40); Deficiência Intelectual Profunda (QI inferior a 20 ou 25) (APA, 2014).

No que concerne à deficiência intelectual ligeira, evidencia-se o insucesso escolar marcado pelo fracasso/dificuldades de aprendizagem, contudo apresentam um desenvolvimento psicomotor normal. O principal entrave na continuação escolar é a incapacidade ou dificuldade de pensamento formal. A capacidade para comunicar é normal. Conseguem desenvolver aprendizagens sociais e apresentam capacidades de adaptação no âmbito laboral. Nos adultos, encontram-se comprometidos o pensamento abstrato, a função executiva (ex: planeamento, estabelecimento de prioridades) e a memória de curto prazo, bem como o uso funcional de competências académicas (ex: leitura, controlo do dinheiro). No domínio social, o individuo apresenta-se imaturo nas relações sociais. Estão também presentes dificuldades de regulação da emoção e comportamento de uma forma adequada à idade (APA, 2014).

Quanto à deficiência intelectual moderada, a idade mental situa-se entre os 6-7 anos, destacando-se o atraso no desenvolvimento psicomotor. Apresentam maiores dificuldades na autonomia pessoal e social, ma se crescerem em ambientes estimulantes conseguem possuir alguma autonomia. A aquisição da linguagem depende muito do grau de estimulação do meio envolvente. Ao nível da aprendizagem escolar, a leitura e o cálculo, encontram-se num nível bastante fraco, sendo a escolarização muito difícil de concluir. Em adultos, é necessária assistência contínua diária para a realização de tarefas quotidianas, sendo que outras pessoas podem assumir integralmente essas responsabilidades pelo indivíduo. Do ponto de vista do domínio social, o individuo demonstra diferenças marcadas em relação aos pares, no comportamento social e na comunicação durante o desenvolvimento (APA, 2014).

Relativamente à deficiência intelectual grave, durante os primeiros anos da infância adquirem pouca ou nenhuma linguagem comunicativa. Na idade pré-escolar, podem aprender a falar e serem treinados em atividades elementares de higiene. Beneficiam de

forma limitada de instrução em temas pré-académicos, familiarizam-se com o alfabeto, aprendem a contar e podem adquirir competências para ler algumas palavras através de imagens. Na idade adulta, podem realizar tarefas simples sob supervisão (APA, 2014).

Em relação à deficiência intelectual profunda, a capacidade mental não ultrapassa a idade dos 2/3 anos, registando-se um atraso significativo de todas as aquisições que permanecem, frequentemente, incompletas. A autonomia das condutas de vida quotidiana é parcial (alimentação, higiene pessoal e controlo esfincteriano) e encontra-se muito comprometida, podendo ser melhorada no contexto de uma boa relação. A linguagem é quase inexistente, dependendo estas pessoas de um terceiro e/ou uma estrutura institucional. É igualmente frequente a existência de anomalias morfológicas, distúrbios neurológicos e crises de epilepsia. Na deficiência mental profunda, encontram-se perturbações relacionais profundas, tais como o isolamento e o afastamento afetivo, sendo frequente a existência de estereotipias, mais ou menos graves (APA, 2014).

O nascimento de uma criança com deficiência representa um momento de grande impacto na família, uma vez que são criadas expetativas bastante altas em relação à criança (Silva, 2000).

São inúmeras as dificuldades enfrentadas pela família e cuidadores, especialmente na busca pela reorganização e inclusão social, uma vez que esses fatores são importantes para a qualidade de vida da pessoa com deficiência e para a família (Silva, 2007).

Para Rodrigo & Palácios (1998), o desenvolvimento de crianças com deficiência intelectual, não está apenas relacionado com dificuldades cognitivas mas também com o ambiente familiar.

A criança com deficiência intelectual apresenta dificuldades na atenção e geralmente são menos interativas (Freitas & Mendes, 2009).

Casarin (2001) afirma que, a pessoa com deficiência intelectual apresenta reações mais lentas e dificuldades em processar a informação.

Organização Mundial de Saúde: CIF e CID-10

A Organização Mundial de Saúde (OMS) possui duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (CIF, 2003).

O principal objetivo da CIF é elaborar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho transversal, ao nível da descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (CIF, 2003).

Desenvolvida pela OMS, a CIF encontra-se agrupada em diferentes domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde (funções e estruturas do corpo, e atividades e participação), aos quais são atribuídos, segundo os conceitos de funcionalidade e incapacidade, classificações numéricas. A CIF permite, portanto, como processo interativo e evolutivo, realizar uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e da incapacidade, fornecendo as bases para os utilizadores que desejem criar modelos e estudar os diferentes aspetos deste processo (OMS, 2004).

A CIF e a CID-10 são classificações de referência internacionais, onde é possível encontrar uma definição de deficiência e incapacidade, sendo que na CIF, o termo deficiência se refere a problemas na função ou estrutura corporal, tais como um desvio ou perda significativos, enquanto o termo incapacidade é mais abrangente, indicando os aspetos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais, ou seja, algo que envolva uma relação dinâmica. Um indivíduo pode apresentar uma deficiência (no nível do corpo) e não viver necessariamente qualquer tipo de incapacidade. De

modo oposto, uma pessoa pode viver a incapacidade sem apresentar qualquer deficiência, apenas em razão de um estigma ou preconceito (barreira de atitudes). O esquema da CIF reconhece aspetos e graus de deficiência ou incapacidade transversais a toda a população. Muitos dos usos estatísticos de dados acerca da deficiência ou incapacidade não requerem o estabelecimento de limites, não existindo uma efetiva necessidade, nestas abordagens, de definir de quem apresenta diagnóstico de deficiência ou não (OMS, 1993).

Por seu lado, a CID 10 é uma classificação diagnóstica padrão e internacional, com propósitos epidemiológicos gerais e administrativos da saúde, incluindo a análise da situação geral de saúde de grupos populacionais e a monitorização da incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde. Define uma condição anormal de saúde e suas causas, sem registar o impacto destas condições na vida da pessoa ou paciente (Battistella e Brito, 2002).

A CID-10 trata-se, hoje em dia, de uma exigência legal para todos e quaisquer benefícios e atestados relacionados com o paciente- e.g.: benefícios fiscais, de serviços de saúde; Atestados de Incapacidade para obtenção de sistemas de pensão - social ou subsídio mensal vitalício, etc (OMS, 2004).

A família da pessoa com deficiência intelectual

As famílias são consideradas o maior recurso e apoio das pessoas com deficiência intelectual. Muitas das famílias apresentam baixa auto-estima, devido à descriminação e ao estigma presente no dia-a-dia. De uma forma geral, os pais quando recebem a notícia de que o seu filho vai nascer com deficiência, sentem culpa, recusam a realidade e encontra-se um grande sofrimento, principalmente se for uma deficiência severa (Silva, 2001).

A família quando recebe a notícia de que uma criança tem um défice intelectual, atravessa um processo de luto, pois, perceciona-se que os estádios de desenvolvimento não podem ser alcançados ou podem ser atrasados. Cada transição de vida esperada pode trazer renovada tristeza ou perda para um indivíduo com atraso mental e para a família, por exemplo: quando não se alcançam determinadas etapas, ao ingressar na escola, no início da adolescência (Gentile & Gillig, 2004).

Os irmãos também expressam preocupação com o futuro e sentem-se estigmatizados pelo facto de terem um irmão com deficiência. Por vezes, os pais depositam expetativas de que os seus filhos possam vir a cuidar, no futuro, do irmão com deficiência. Tal responsabilidade, pode afetá-los na vida diária, causando stress e preocupação excessiva com o futuro. As pessoas com deficiência apresentam necessidades especiais e exigem um esforço redobrado das famílias. A dimensão e a natureza dos cuidados a prestar variam de acordo com a classificação e complexidades da deficiência. É necessário, por vezes redefinir funções entre os elementos da família, contribuindo para o maior bem-estar da pessoa com deficiência (Silva, 2001).

Integração sócio-profissional da pessoa com deficiência intelectual

A integração sócio-profissional reporta-nos não apenas para o direito de subsistência, mas também reconhece no indivíduo um papel positivo na sociedade, o de contribuir com a sua atividade para a utilidade social. O trabalho é um mecanismo de integração das pessoas com deficiência na sociedade. Caso este grupo populacional esteja a trabalhar, mais alarga os horizontes a muitos cidadãos no quotidiano e demonstra que, apenas com oportunidades concretas e ajustadas, se conseguem superar determinadas limitações e dificuldades (Claudino, 1997).

A integração sócio-profissional, permite estabelecer inúmeras interações sociais, desenvolver a identidade social, aumentar os níveis de rendimento e o reconhecimento social (Casanova, 2008).

A pessoa com deficiência ao realizar determinada atividade/tarefa, assume um maior valor e reconhecimento dentro da comunidade (Fazenda, 1997).

A integração sócio profissional nem sempre é fácil de ocorrer. Para alterar o cenário de difícil acesso, ao trabalho, por parte das pessoas com deficiência devem-se ter em conta os seguintes aspetos: sensibilizar a sociedade da importância da integração sócio-profissional, divulgar as potencialidades das pessoas com deficiência e das suas experiências no âmbito da integração sócio-profissional; maior interligação entre as empresas, o Estado e as entidades, de forma a gizar estratégias e a estabelecer ideias em conjunto; integrar as pessoas com deficiência em A.S.U. (atividades socialmente úteis). Importa conceder primazia à integração destes jovens/adultos em contexto de atividade socialmente útil, dado que, além de estes crescerem e amadurecerem através do contacto com o mundo do trabalho e com a aquisição de hábitos profissionais, estão a experienciar a transição jovem- adulto e como tal importa resguardá-los de eventuais situações mais adversas (Claudino, 1997).

Duplo diagnóstico

Duplo Diagnóstico é entendido por co-morbilidade entre deficiência intelectual e doença psiquiátrica. A deficiência intelectual apresenta as seguintes caraterísticas: menor capacidade de aprendizagem; quociente de inteligência é baixo; manifesta-se antes dos 18 anos e a incapacidade habitualmente é evidente. A doença mental apresenta as seguintes caraterísticas: alterações do humor, emoções e pensamento; o quociente de inteligência encontra-se dentro da normalidade; a manifestação pode ocorrer em qualquer idade e a incapacidade pode não ser evidente (Medalia & Revheim, 2002).

A prevalência das perturbações mentais nos indivíduos com deficiência mental é superior à da população geral (10 a 60% dependendo dos critérios de diagnóstico, métodos de amostragem, etc) (INE, 2002).

A doença mental afeta muitas pessoas, causando não só apenas problemas emocionais como também problemas cognitivos. As pessoas com doença mental podem ter dificuldades em pensar e exprimirem-se de forma clara, em prestar atenção e em recordar. Para alguns, os problemas cognitivos são apenas evidentes durante os episódios de crise. Para outros, os problemas cognitivos persistem após ultrapassadas as crises. Se a doença mental for tratada de forma adequada, os indivíduos conseguem ter uma vida mais produtiva e viver longos períodos de estabilidade. Para melhor lidar com a doença, é importante perceber as diversas formas em que esta afeta o funcionamento. Conhecer os sintomas cognitivos da doença mental ajuda as pessoas a lidar com a mesma e a funcionar melhor (Medalia & Revheim, 2002).

Os indivíduos com duplo diagnóstico, desejam as mesmas coisas da vida que a população em geral: relações estáveis, habitação segura, controlo dos sintomas, cuidados médicos de qualidade, estabilidade financeira, e ocupações onde são participantes ativos, realizando, criando e atingindo metas (Gentile & Gillig, 2004).

Perturbação do controlo dos impulsos

A perturbação do controlo dos impulsos reúne as seguintes condições: 1) envolvimento do indivíduo em comportamentos repetitivos ou compulsivos apesar das consequências adversas ou prejudiciais para si próprio ou para terceiros; 2) dificuldade em controlar tais atos e em resistir ao impulso ou à tentação de executá-los; 3) os atos do sujeito são precedidos por uma crescente tensão, excitação ou impulso para executa-los; 4) sensação de prazer ou alívio ao executá-los, podendo ou não haver arrependimento, auto-recriminação ou culpa (APA 2014).

A perturbação do controle dos impulsos incluem uma variedade de comportamentos compulsivos, tais como, roer as unhas, beliscar-se, automutilações (arranhar-se, cortar-se, coçar o globo ocular ou tentar arrancá-lo, coçar feridas na pele ou no couro cabeludo), a compulsão por compras, o jogo patológico, compulsão por roubar (cleptomania) e a piromania, sendo frequentemente confundidos com a perturbação obsessiva-compulsiva) (APA, 2014).

Os indivíduos com perturbação do controlo dos impulsos agem impulsivamente, movidos por uma antecipação de que irão sentir prazer ou excitação e sem apresentar uma preocupação com as consequências (e.g.: no caso do jogo patológico, ou das compras compulsivas). O ato em si é prazeroso, embora, possa haver lugar para um arrependimento à posteriori (APA, 2014).

Objetivos

O presente relatório pretende apresentar e refletir acerca da prática do psicólogo clinico no contexto da deficiência intelectual. Para o efeito, foram traçados, os seus objetivos, incluindo:

1) Observação, recolha de dados anamnésicos e avaliação psicológica (administração de testes psicométricos e de avaliação da personalidade) a dois ou mais clientes;

2) Realização de 2 acompanhamentos psicológicos individuais;

3) Gizar um plano de competências cognitivas, adaptado à população do Centro de Atividades Ocupacionais Espaço da Luz;

4) Partilha e discussão dos estudos de caso, assumidos pela estagiária, bem como, da aplicação prática (em contexto laboral) dos conhecimentos adquiridos ao longo curso de psicologia clínica e nas aulas de supervisão de estágio.

5) Enriquecimento do trabalho prático a desenvolver na organização- (estudos de caso e outros) - através da aquisição destes conhecimentos, da partilha e discussão realizadas em contexto académico.

Método

Participantes

No decorrer do estágio, o foco da intervenção psicológica, incidiu na intervenção individual e na intervenção em grupo.

O estágio, realizado, contemplou, numa primeira fase, a avaliação psicológica a duas pessoas, com o intuito de traçar adequadamente um plano terapêutico ulterior. Foram ainda realizados, semanalmente, dois acompanhamentos psicológicos individuais (com a duração de 6 meses), sendo que um dos casos remete para dificuldade ao nível das competências emocionais (relações interpessoais) e, o segundo caso, de sofrimento de ordem afetiva e comportamental.

Tabela 1

Intervenção individual

Nome	Idade	Diagnóstico	Avaliação psicológica	Acompanhamento psicológico individual	Número de sessões realizadas
Maria	38	- Deficiência Intelectual Ligeira	- WAIS III - MoCa - MMS - Figura Complexa de Rey - MMPI-2-R - Inventário da Ansiedade de Beck	- Terapia de apoio - Aconselhamento	22
Jorge	40	- Deficiência Intelectual Ligeira - Perturbação do controlo do Impulsos	- WAIS III - MoCa - MMS - Figura Complexa de Rey - MMPI-2-R	- Terapia de Apoio - Aconselhamento	19

O presente estágio contemplou, ainda, a intervenção em grupo (uma vez por semana) incluindo sessões de treino cognitivo junto de 21 clientes, sendo que 9 clientes são do sexo feminino e 12 clientes são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 anos e os 50 anos. O diagnóstico apresentado oscila entre a deficiência intelectual ligeira (6 clientes), deficiência intelectual moderada (13 clientes) e a trissomia 21 (2 clientes). O objetivo geral foi o de manter e estimular as capacidades cognitivas de cada cliente, de acordo com as suas caraterísticas individuais. O número de participantes durante as sessões, nunca foi o mesmo, porque havia alguns que faltavam por motivos de saúde ou por férias.

Importa referir que serão utilizados nomes fictícios para nomear os clientes, com a finalidade de ocultar a individualidade e respeitar a confidencialidade exigida.

Tabela 2

Setting: Intervenção em Grupo

Nome	Idade	Diagnóstico	Número de sessões realizadas	Objetivos gerais
Adriana	44	D.I. Moderada	23	- Estimular /manter aas capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; memória e atenção.
Alexandra	50	D.I. Moderada	21	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; gnosias e criatividade.
Carolina	44	D.I. Moderada	22	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; imaginação e linguagem.
Célia	45	D.I. Moderada	17	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; memória e atenção.
Edgar	44	D.I. Moderada	15	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; conhecimentos gerais; cálculo.

Continuação da tabela 2

Setting: Intervenção em Grupo

Nome	Idade	Diagnóstico	Número de sessões realizadas	Objetivos gerais
Elias	27	D.I. Moderada	19	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; memória; gnosias e atenção.
Júlio	32	D.I. Moderada	24	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; cálculo e linguagem.
Kate	42	D.I. Moderada	21	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: desenvolver a atenção e a concentração. Orientação visuo-espacial e temporal
Maria	38	D.I. Ligeira	18	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: desenvolver a atenção, a memória e a concentração.
Nicolau	40	D.I. Ligeira	8	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal e memória.
Noé	41	Trissomia 21	15	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; atenção e concentração.
Jorge	40	D.I. Ligeira	4	- Estimular a memória
Pomar	34	D.I. Moderada	22	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; criatividade e memória.
Rafael	40	D.I. Ligeira	15	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; imaginação e linguagem.
Renato	25	D.I. Moderada	13	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; memóra e atenção.

Continuação da tabela 2

Setting: Intervenção em Grupo

Nome	Idade	Diagnóstico	Número de sessões realizadas	Objetivos gerais
Rodolfo	40	D.I. Moderada	17	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal, cálculo e linguagem.
Ronaldo	40	D.I. Moderada	18	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; atenção e memória.
Rebeca	35	D.I. Ligeira	17	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal; linguagem e criatividade.
Sílvia	45	D.I. Ligeira	12	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: memória e gnosias.
Tatiana	28	D.I. Moderada	20	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal e cálculo.
Tomás	23	Trissomia 21	19	- Estimular/manter as capacidades cognitivas: orientação visuo-espacial e temporal, gnosias e linguagem.

Procedimentos

O estágio iniciou-se no dia 5 de outubro e terminou no dia 27 de julho, contando com a duração de 913 horas (distribuídas entre os meses de outubro de 2015 e julho de 2016), ocupando um horário fixo de segunda-feira a quinta-feira, entre as 9:00h e as 13:00h e à sexta-feira, entre as 9:00h e as 17:00h.

O estágio decorreu sob a supervisão semanal da Prof.ª Doutora Túlia Cabrita, responsável pela cadeira de orientação de estágios e, por outro lado, sob a orientação diária da Dra. Mónica Santos, psicóloga responsável, no centro Espaço da Luz.

As tarefas desenvolvidas durante o estágio académico, estiveram de acordo com as funções do psicólogo no contexto da deficiência intelectual, mais especificamente, no C.A.O. Espaço da Luz.

Seguidamente será apresentada uma tabela, onde se encontram registadas todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio:

Tabela 3

Atividades realizadas durante o estágio académico

Atividades	Objetivos gerais
Observação direta	- Adquirir conhecimentos acerca da organização e da população alvo. - Adquirir competências para elaborar posteriormente o P.I.I.C., a E.C.A. e a Q.O.L.
Pesquisa bibliográfica	- Conhecer as especificidades da psicologia clínica, no contexto da deficiência intelectual.
Participação em reuniões clínicas, de admissão a novos clientes e com os familiares/responsáveis dos mesmos	- Recolher dados acerca da organização. - Elaborar registos acerca dos aspetos relevantes que foram comunicados durante as reuniões;
Participação em atividades recreativas e culturais	- Organizar e acompanhar os clientes em atividades, na comunidade.
Elaboração do P.I.I.C.	- Preencher o projeto de vida de acordo com as necessidades, expetativas e potencialidades de cada cliente.
Avaliação psicológica	- Administração de provas psicológicas: MMS, MoCa, MMPI 2-RF, WAIS III, Figura Complexa de Rey e Inventário da Ansiedade de Beck.

Continuação da tabela 3

Atividades realizadas durante o estágio académico

Atividades	Objetivos gerais
Acompanhamento psicológico individual	- Caso Jorge: Diminuir os comportamentos desadequados, em diferentes contextos; promover a reflexão e capacidade crítica, em contexto individual, de acordo com as queixas; aumentar a compreensão e adequação em diferentes situações sociais; - Caso Maria: Melhorar as competências ao nível das relações interpessoais e das competências emocionais.
Apoio na A.D.P.S.	- Estimular e manter as capacidades cognitivas, em geral (linguagem, cálculo, gnosias, escrita, entre outras).
Gizar um plano de competências cognitivas	- Treino da expressão oral; - Orientação espácio-temporal; - Melhorar/manter as capacidades de comunicação verbal e escrita; - Promover a atenção e a memória.
Intervenção em crise	- Diminuir a intensidade emocional e procurar aliviar o estado de angústia, em situações específicas (Ex: falta de controlo da impulsividade; comportamentos agressivos; ansiedade/nervosismo).
Atualização de mapas da medicação geral e S.O.S	- Atualizar, de acordo com os procedimentos, a guia de tratamento dos clientes, tornando-a acessível a toda a equipa.

Continuação da tabela 3

Atividades realizadas durante o estágio académico

Atividades	Objetivos gerais
Participação em seminários e Workshops	- Assimilar conhecimentos teórico-práticos sobre diversas temáticas: deficiência intelectual, psicogerontologia, psicoterapia em portugal e psicologia da criança e do adolescente**.** - Workshop de Musicoterapia. - Workshop Nacional de Capacitação em Saúde Mental.
Poster científico	- Apresentar sucintamente a organização CERCI Lisboa, bem como, os objetivos do estágio.

O estágio iniciou-se com uma breve apresentação das instalações e dos técnicos que fazem parte da equipa técnica desta resposta social. Durante esta apresentação foi descrita a história da organização CERCI Lisboa explanados os pressupostos que a regem permitindo assim conhecer o trabalho da equipa que atua diariamente junto de 30 clientes com deficiência intelectual (ligeira e moderada) e duplo diagnóstico. Seguidamente, a estagiária foi apresentada aos clientes que se encontravam presentes no centro. Cada cliente teve igualmente a oportunidade de se auto-apresentar (nome; idade; há quanto tempo frequenta o C.A.O.; atividades que realiza; etc).

Foi facultada documentação relativa ao Regulamento Interno Geral e ao Regulamento Interno do centro ocupacional Espaço da Luz, o que possibilitou um conhecimento mais alargado sobre a organização CERCI. Posteriormente, foram descritas, detalhadamente as funções do psicólogo na organização: responsabilidade pela administração da medicação e atualização das guias de tratamento; atuação em situações de emergência; responsabilidades ao nível dos processos de admissão e acolhimento de novos clientes; elaboração e monitorização dos Planos Individuais de

Intervenção do Cliente (P.I.I.C.); responsabilidade pela atividade de Desenvolvimento Pessoal e Social; intervenção psicológica individual.

Com referência ao gabinete da psicóloga, existe um armário no qual se encontram os dossiers individuais referentes a cada cliente. Foi explicado que, desses dossiers, consta o P.I.I.C. (Ver anexo A), o qual tem a duração de 3 anos e consiste no projeto de vida do cliente, ou seja, são gizados os objetivos que vão de encontro às necessidades, potencialidades e expetativas do cliente, bem como, englobando o seu bem-estar (emocional, físico e material), o desenvolvimento social (autodeterminação e relações interpessoais) e a inclusão social (ocupacional, cidadania e direitos). No interior dos processos individuais, é também possível encontrar a sua identificação, o seu gestor de P.I.I.C. (psicóloga ou diretora técnica) e do familiar/responsável pelo cliente.

No que concerne aos instrumentos utilizados (por decisão da própria organização) para o levantamento de informação das necessidades, potenciais e expetativas do cliente e para determinação dos objetivos e recolha de dados acerca dos P.I.I.C. podem ser: a entrevista, a observação (livre ou sistemática), o/os P.I.I.C. anterior (es), a E.C.A. (Escala de Comportamento Adaptativo), a Q.O.L. (Escala de Qualidade de Vida), ou ainda se necessário, a visita domiciliária. Os P.I.I.C. deverão ainda conter aspetos relevantes relativos à saúde do cliente. Consoante eventuais alterações significativas que ocorram no percurso de vida do cliente é necessário que sejam feitas as devidas alterações ao P.I.I.C. que deverá manter-se sempre atualizado.

Houve a oportunidade de analisar, um a um, todos os P.I.I.C. e observar a orientadora na elaboração/atualização de alguns deles. Posteriormente, e após o treino necessário, a estagiária possuiu autonomia própria para a elaboração/atualização deste documento, sempre com a supervisão e aprovação final da orientadora. No total, foram realizados 12 planos de intervenção, entre os meses de fevereiro e abril de 2016.

Ao nível dos procedimentos internos, e reportando-nos mais concretamente, às escalas de avaliação utilizadas pela organização, tanto num processo de diagnóstico inicial para a admissão ao C.A.O. (fundamentais para a posterior elaboração do plano de intervenção individual do cliente), como na posterior monitorização e avaliação do grau de concretização dos objetivos dos P.I.I.C., a CERCI Lisboa utiliza: uma versão adaptada da WHOQOL (Shalock 1993, 2007) para medir a qualidade de vida (Ver anexo B) e a versão portuguesa da E.C.A. (Escala de Comportamento Adaptativo) (Santos & Morato 2002), para avaliação de capacidades, competências e condutas, numa perspetiva biopsicossocial (Ver anexo C). Desta forma, foram fornecidos estes instrumentos – E.C.A. e Q.O.L. (Escala de Qualidade de Vida) - com o intuito de ficar familiarizada com as mesmas, e mais tarde, poder vir a aplicá-los. A E.C.A. foi aplicada a 3 clientes com o apoio da orientadora de estágio e 5 Q.O.L. com supervisão da mesma.

Relativamente aos processos e procedimentos (PP) pelos quais se regem os profissionais da organização, relativos à medicação, ficou a estagiária responsável, sempre que possível, pela tarefa de atualização dos mapas de medicação geral e SOS dos clientes (Ver anexo D), mediante da apresentação da guia de tratamento devidamente atualizada e prescrita pelo médico assistente. Esta atividade consiste em rececionar a guia de tratamento atualizada pelo médico (psiquiatra ou de outra especialidade) e arquivar: uma fotocópia no dossier da receção (utilizada sempre que os clientes se deslocam para o exterior da CERCI, em visitas ou saídas organizadas), outra seria arquivada no dossier da saúde (que se encontra num armário fechado à chave e ao qual apenas têm acesso o psicólogo, o diretor técnico e profissionais autorizados) e, por fim, uma outra fotocópia seria guardada em caixas individuais de medicação (igualmente encontradas em armário de acesso restrito) apenas para o caso de clientes

que tomem medicação no centro. É igualmente necessário preencher dois mapas expostos na cozinha (com a informação da medicação geral e medicação SOS de cada cliente) que deverão ser automaticamente atualizados, sempre que haja qualquer alteração. Esta responsabilidade foi atribuída pela psicóloga, assim que se iniciou o estágio (5 de outubro) até ao seu término (27 de julho).

No decorrer do estágio, foi proposta a observação de clientes em consultas de psiquiatria (na CERCI Lisboa/CTVAA e no Centro de Saúde da Brandoa), bem como, o registo final das mesmas. Foram realizadas 9 observações em consultas de psiquiatria, sendo uma destas consultas com o sujeito selecionado para o estudo de caso (o que consistiu numa mais valia ao nível da qualidade da própria intervenção, em si). Esta articulação entre a psicologia e a psiquiatria evidenciou-se particularmente relevante, uma vez que foi possível recolher mais informação clínica acerca do cliente, especialmente no que concerne à medicação (plano terapêutico farmacológico) ao tipo de discurso, à sua postura, entre outros. Ao longo do tempo, e durante a observação destas consultas, foi possível verificar a evolução positiva de alguns clientes (sendo de realçar a importância da articulação entre o psicólogo e o médico psiquiatra para um ajuste mais eficaz da medicação), contribuindo para um maior bem-estar psicológico e da capacidade de controlo dos impulsos.

Durante o estágio académico foi solicitada a realização de uma visita aos locais onde onze clientes desenvolvem uma atividade socialmente útil (A.S.U.) - tais como, CTT (cinco clientes), Creche do Centro Social e Paroquial do Campo Grande (uma cliente) - Ver anexo E, Soauto (dois clientes) e Externato da Luz (três clientes). Estas visitas tiveram a finalidade de melhor conhecer a integração comunitária destes clientes, através das parcerias formais com empresas e diferentes instituições, assim como o tipo de tarefas que eram desempenhadas por cada cliente, as suas dificuldades, expectativas,

responsabilidades e interesses individuais. Consideraram-se importantes as visitas realizadas, na medida em que tornou possível a observação direta, não só as capacidades de autonomia, como também, o modo de relacionamento interpessoal no local de trabalho dos clientes, em contexto laboral, Através das visitas a tão diferentes locais, pretendeu-se obter uma visão mais abrangente do comportamento e das características psicológicas dos clientes. Para além disso, tornou-se óbvia a necessidade de compreender qual a importância que as A.S.U. assumem na vida de cada cliente e o tipo de sentimentos e experiências experienciados no local de trabalho. Urge referir que um dos estudos de caso relatados no presente relatório frequenta uma A.S.U. no Externato da Luz, desempenhando funções no refeitório desta escola.

Mais tarde, houve ainda a oportunidade de participar numa reunião inserida no processo de acolhimento de um cliente que iniciaria a sua frequência no C.A.O. Espaço da Luz, na qual estiveram presentes: a psicóloga, a diretora geral, o responsável/familiar pelo cliente (irmã) e o próprio cliente. Na reunião, foram apresentadas as instalações do C.A.O., falou-se sobre as caraterísticas psicológicas do novo cliente, sobre o núcleo familiar, aproveitando para proceder ao levantamento de informações adicionais acerca deste novo cliente.

Foi proporcionado à estagiária que estivesse presente em algumas reuniões com os familiares/responsáveis de alguns dos clientes, tendo como objetivo a observação e o registo das mesmas. Durante estas reuniões procedeu-se ao levantamento de informações relevantes acercado cliente e sobre a sua relação com os restantes elementos da família, comportamentos em casa, hábito e autonomias.

No âmbito da intervenção comunitária, assistiu-se a reuniões clínicas que decorreram no "ESPASSUS", em Carnide. Estas reuniões realizavam-se mensalmente nas instalações da junta de freguesia de Carnide, uma vez que se inserem "Diferentes Somos

Todos", (projeto "Solidariedade e Gerações") composto por várias instituições da freguesia de Carnide, tais como: Espaço da Luz, Clínica Psiquiátrica de São José, o Grupo de Ação Comunitária (GAC), entre outros. A finalidade deste grupo de trabalho assenta na organização conjunta de atividades, entre as instituições que o compõem, e promover estratégias de inter-ajuda organizacional.

Houve igualmente oportunidade de acompanhar e observar diversas atividades desenvolvidas pelos clientes, no Espaço da Luz, (Expressão Plástica, Informática, Expressão Dramática, atividades de Manutenção do Centro, atividade de Desenvolvimento Pessoal e Social), ou desenvolvidas noutros espaços da CERCI Lisboa (CTVAA, Centro de Formação Profissional), de que são exemplo, a atividade motora (ginásio) e no estúdio de dança do Externato da Luz (a atividade de dançoterapia).

Para cumprir outro dos objetivos do estágio foram selecionados duas pessoas (numa amostra de 30 clientes) para a realização de acompanhamento psicológico individual semanal. A escolha de ambos os casos teve necessariamente em conta a questão da disponibilidade dos clientes (uma vez que o seu horário individual estava preenchido na totalidade, com as diferentes atividades, incluindo a A.S.U.), pelo que houve a necessidade de se optar por um cliente cujo horário permitisse a dispensa de uma das atividades lúdico-terapêuticas (no primeiro caso, foi suspensa a atividade em meio aquático; no segundo caso, foi a dançoterapia), sem prejuízo do cumprimento dos objetivos de cada P.I.I.C. Outro motivo para a escolha dos estudos de caso ter-se-á relacionado com a história clínica, queixas e problemáticas apresentadas, com as quais houve a oportunidade de ir contactando, durante as reuniões com a orientadora e nos momentos em que foi possível ler registos individuais e de saúde (ficando, assim, a conhecer melhor o histórico clínico de cada cliente).

O acompanhamento psicológico individual consistiu numa primeira fase a aplicação de seis testes para avaliação psicológica da personalidade: o MMPI-2-RF (instrumento psicológico que determina as caraterísticas da personalidade base dos indivíduos) e das competências cognitivas: o MoCa (é um dos instrumentos psicométricos mais utilizados para, de forma breve, avaliar o funcionamento cognitivo da pessoa); a WAIS III (cuja aplicabilidade abrange vários contextos: avaliação do funcionamento intelectual e questões psicológicas, em geral); o MMS (avaliação cognitiva: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem), o Inventário de Ansiedade de Beck e a Figura Complexa de Rey. A administração destas provas foram importantes, uma vez que ambos os estudos de caso não possuíam uma avaliação psicométrica no processo e permitiu gizar um plano terapêutico adequado. Os testes foram apenas uma ferramenta importante, um meio para a realização da intervenção e não um fim em si mesma. Foram facultados os protocolos de cada uma das provas, permitindo uma familiarização prévia com os critérios de aplicação, cotação e padronização dos resultados. É de referir que foram sempre cedidos, os manuais dos testes psicométricos a aplicar.

Foi praticada a interpretação dos resultados de protocolos cedidos, tendo sido acompanhada pela orientadora acerca dos mesmos e esclarecida nas várias dúvidas com que se ia deparando. Uma vez familiarizada com as provas quanto à sua administração, cotação e interpretação, houve ainda, um período de treino com algumas pessoas que se disponibilizaram para integrar na prática, toda a teoria estudada (nomeadamente, outros estagiários de outros cursos, também a desenvolver os seus estágios no C.A.O. Espaço da Luz), com os quais foi estabelecido uma relação afável e de troca de experiência.

Após esta primeira fase avaliativa, foi realizado um acompanhamento psicológico individual (uma vez por semana), iniciado no mês de fevereiro de 2016 e com término em julho de 2016. Ficou estipulado, junto dos clientes e com a sua participação na

tomada de decisão, que o acompanhamento seria realizado à quarta-feira (11:30h) e à sexta-feira (15:30h), com uma duração de 30 a 50 minutos, em *setting* adequado tanto à avaliação como ao acompanhamento (ou seja, no gabinete da psicóloga), assegurando, deste modo, um ambiente privado e seguro, necessário para a prática clínica. Foi registado semanalmente cada sessão com o objetivo de melhor acompanhar e apresentar cada caso. Foi previamente solicitada a devida autorização (ou consentimento informado) aos familiares/responsáveis e a cada um dos participantes neste estudo (Ver anexo F). Ao todo foram realizadas 41 sessões de acompanhamento psicológico individual. No caso 1- 22 sessões e no caso 2- 19 sessões.

A metodologia de intervenção aqui descritas e delineadas, teve como base não apenas a avaliação psicológica ou o acompanhamento psicológico de dois clientes, mas também, a intervenção em grupo, abrangendo, num total, 21 clientes do Espaço da Luz. Desta intervenção em grupo, participaram semanalmente 21 clientes (tendo as sessões decorrido na sala multiusos, às sextas-feiras, entre as 10:00h e as 12:00h). As idades eram compreendidas entre os 23 e os 50 anos. Por vezes nem todos os clientes se encontravam presentes, quer por motivos de saúde (consultas; cirurgias; tratamentos) ou de férias. Ambos os estudos de caso integravam também, de acordo com o horário formal e contato com a organização, este grupo.

A intervenção em grupo foi possível desenvolver no âmbito da atividade de Desenvolvimento Pessoal e Social, (da responsabilidade da psicóloga e orientadora) que, prontamente, disponibilizou durante o estágio para a estagiária efetuar as suas sessões.

A intervenção em grupo visou a manutenção ou estimulação das capacidades cognitivas dos clientes participantes nas sessões. Deste modo, a estagiária recorreu a fichas de cálculo, de linguagem, orientação visuo-espacial e temporal e de gnosias para

realizar o treino cognitivo. Foram também realizados jogos didáticos mais dirigidos para o treino de memória e atenção. Foi vultoso desenvolver um Plano de Competências Cognitivas, estruturado e adaptado às necessidades e expetativas dos clientes. Este plano inclui dinâmicas realizadas em grupo, com a finalidade de promover o conhecimento entre os elementos do grupo, facilitar a comunicação e as relações interpessoais, desenvolver a auto e hetero-consciência, e a capacidade de verbalização, promover a atenção e o desenvolvimento da memória, estimular a imaginação e criatividade. Foi sentida a necessidade de criar novas fichas de treino cognitivo, tendo em conta que se trata de uma atividade semanal na qual participou 21 clientes. Este plano iniciou-se no dia 5 de fevereiro e terminou no dia 8 de abril com a duração de 50 minutos cada sessão. No total, foram realizadas 10 sessões de treino cognitivo (Ver anexo G). As atividades realizadas nas sessões serão apresentadas sucintamente na tabela 4:

Tabela 4

Sessões realizadas do plano de competências cognitivas:

Sessão	Atividade	Objetivo	Número de participantes
1	Consciência pessoal	- Promover o conhecimento entre os elementos do grupo - Desenvolver a auto e hétero-consciência - Desenvolver a capacidade de verbalização - Promover a auto-escuta - Promover a atenção	21
2	Mímica	- Estimular a imaginação; a criatividade e a memória - Desenvolver a atenção e a concentração	19
3	Memória associativa	- Desenvolver a memória associativa - Promover a memória visual - Desenvolver a linguagem - Incentivar os conhecimentos gerais	17
4	Elaboração de fichas (cálculo; conhecimento geral e conhecimento pessoal)	- Desenvolver/manter as competências cognitivas	21
5	Elaboração de fichas (cálculo, linguagem, orientação visuo-espacial e temporal)	- Desenvolver/manter as competências cognitivas	
6	Memória visual	- Estimular a memória a curto-prazo - Promover a atenção	18
7	Sequência de histórias	- Estimular o pensamento e o raciocínio lógico - Estimular a memória, a comunicação e a integração dentro do grupo	15
8	Elaboração de fichas (cálculo)	- Estimular/manter as competências cognitivas	18
9	Elaboração de fichas (cálculo e linguagem)	- Estimular/manter as competências cognitivas	21
10	Elaboração de fichas (cálculo e gnosias)	- Estimular/manter as competências cognitivas	16

De uma forma geral, todos os clientes que participaram nas diversas sessões manifestaram interesse e empenho em desempenhar as tarefas. Contudo, verificaram-se muitas dificuldades de compreensão dos exercícios. É de referir que o treino cognitivo deve ser sempre efetuado, de modo a manter a longo prazo as competências cognitivas desta população.

A intervenção em crise também fez parte do estágio, sendo que, na maioria das vezes, surgiu devido a dificuldades no controlo dos impulsos e/ou comportamentos desajustados, encontrando-se relacionada com as caraterísticas inerentes à deficiência intelectual e comorbilidades associadas. Neste sentido, urgiu uma reflexão acerca das sessões que abordassem esta temática, (por exemplo: sessões de esclarecimento acerca das regras sociais e da sua relevância ao nível da inserção comunitária e abordagem a estratégias de *coping* facilitadoras de lidar com a agressividade e impulsividade) (Ver anexo H).

Durante este percurso, foi também possibilitada a participação/organização em atividades recreativas e culturais organizadas para os clientes do Espaço da Luz, a saber: visita ao Museu da Eletricidade (exposição Ilustrarte); visita ao Museu da Marioneta; visita à Cinemateca; assistir a uma peça de teatro- Cinderela, na casa do Artista. Apoio aos clientes na organização de festas comemorativas, tais como: o Hallowen, o Magusto e o Carnaval.

Foi possível assistir à apresentação de duas aulas, nas instalações do Espaço da Luz, a alunos do Módulo III.I da Faculdade de Medicina de Lisboa, sobre a caracterização da organização e população atendida, da responsabilidade da psicóloga e diretora técnica.

Ao longo do estágio foi sendo sugerido a participação em seminários e cursos de formação, relacionados com esta área de intervenção ou com a especialidade de psicologia clínica, em geral. Segue-se a participação no seminário “De Pernas para o

Ar" - O Paradigma da Deficiência Intelectual, nos dias 5 e 6 de novembro de 2016, no ISCTE. Foi bastante enriquecedor, na medida em que as temáticas abordadas abrangiam todo o ciclo de vida de pessoas com deficiência intelectual; abordando, simultaneamente, temas importantes para o estágio, tais como: a deficiência intelectual, o diagnóstico duplo, a multideficiência, a CIF (Classificação Internacional das Funcionalidades), a CID-10, entre outros. (Ver anexo I)

Foi possível estar presente no encontro Psicoterapia em Portugal- Realidades e Desafios, organizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), que decorreu a 13 de fevereiro de 2016, entre as 9:00h e as 19:00h, em Lisboa. (Ver anexo J) e no 3º Congresso de Psicogerontologia: Temas Candentes, que se realizou no dia 24 de fevereiro de 2016, entre as 9:00h e as 18:00h, na Universidade Lusíada de Lisboa. (Ver anexo K)

É de referir também a participação no VII Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente intitulado Risco psicossocial: uma investigação e boas práticas que se realizou nos dias 13 e 14 de abril de 2016, na Universidade Lusíada de Lisboa. (Ver anexo L). Foi realizado um poster intitulado Intervenção Psicológica em Adultos com Deficiência Intelectual, exposto durante este mesmo congresso, com a finalidade de apresentar sucintamente a organização CERCI Lisboa, bem como, os objetivos do estágio. (Ver anexo M)

Participação no Worshop de Musicoterapia, nos Espassus, em Carnide, acompanhando 15 clientes. Os objetivos do Workshop foram: promover a comunicação verbal e não-verbal; desenvolver a capacidade de concentração e atenção; estimular a criatividade e controlar os impulsos. Foi possível ainda, participar no Workshop Nacional de Capacitação em Saúde Mental- diálogos intersectoriais, a 13 de maio de

2016, entre as 8:30 e as 18:00h, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. (Ver anexo N)

Instrumentos

O psicólogo utiliza diversos instrumentos com a finalidade de obter informações relevantes para a compreensão de cada indivíduo e à forma como irá interpretar e intervir em cada caso específico.

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS III)

A escala de inteligência para adultos de Wechsler foi pela primeira vez publicada em 1955, com o intuito de avaliar a capacidade intelectual dos sujeitos em idade adulta, podendo esta ser aplicada a partir dos 16 anos de idade, numa duração total de 90 minutos aproximadamente (Wechsler, 1998).

A escala é constituída por um conjunto de testes verbais (informação, compreensão, aritmética, semelhanças, memória de dígitos e vocabulário) e um conjunto de testes de realização (código, complemento de gravuras, cubos, disposição de gravuras e composição de objetos) (Wechsler, 1998).

Destes mesmos testes, resulta a obtenção de um quociente de inteligência verbal, um quociente de inteligência de realização e um quociente de inteligência total. De acordo com esta classificação, é considerado: um nível intelectual muito superior quando o QI assume valor igual ou superior a 130; superior quando o QI assume valores entre 120 e 129; normal a alto quando o QI se encontra entre 110 e 119; médio, quando o QI assume valores entre 90 e 109; normal a baixo, quando o QI assume valores entre 80 e 89; inferior, quando o QI assume valores entre 70 e 79; muito inferior, quando o QI assume valores de 69 ou inferiores (Wechsler, 1998).

Inventário da Ansiedade de Beck

O Inventário da Ansiedade de Beck é utilizado para medir a gravidade de sintomas de ansiedade de um indivíduo.

É composto por 21 questões sobre como o indivíduo se tem sentido durante a última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (tais como sudorese ou sentimentos de angústia). Cada questão apresenta quatro respostas possíveis, devendo ser analisada aquela que mais se assemelha com o estado mental do indivíduo**.**

Figura Complexa de Rey

A prova visa realizar o diagnóstico diferencial entre a debilidade mental constitucional e o défice adquirido por um traumatismo crânio cerebral (Rey, 1998).

A prova avalia a atividade percetiva e a memória visual e nas suas duas fases (fase da cópia e fase da memória), o objetivo é analisar o modo como o individuo apreende os dados percetivos que lhe são fornecidos e o que foi conservado espontaneamente pela memória (Rey, 1988).

O teste é composto por uma imagem sem significado, de realização gráfica fácil, mas complexa para solicitar a acuidade percetiva analítica e organizadora do sujeito (Rey, 1988).

Mini Mental State (MMS)

Trata-se de um exame breve do estado mental e carateriza-se por um breve questionário, cotado em 30 pontos. A duração da sua aplicação é de cerca de 10 minutos e mede as seguintes funções: aritmética, memória, e orientação. O teste inclui questões de orientação espácio-temporal (em que anos estamos, em que mês estamos, em que dia do mês estamos…); retenção de palavras; atenção e cálculo; evocação, linguagem e habilidade construtiva.

É um teste que se considerarmos que o indivíduo obteve uma pontuação bastante inferior, dificilmente prosseguimos na realização de qualquer outro teste, visto que, se estas funções estão muito afetadas provavelmente o sujeito irá ter muitas dificuldades em realizar outro teste.

Qualquer pontuação igual ou superior a 27 (de um total de 30) é efetivamente normal. Inferior a esse resultado, a pontuação pode indicar perda cognitiva grave (≤9 pontos), moderada (10 a 20 pontos) ou leve (21 a 24 pontos).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2-RF)

O MMPI-2-RF é um instrumento que avalia as caraterísticas psicopatológicas globais e específicas do indivíduo (escalas clínicas reestruturadas), transtornos psicossomáticos, interesses e personalidade psicopatológica. Este inventário permite conhecer se a pessoa é congruente ou não, uma vez que muitas das questões são iguais, apenas são perguntadas de forma diferente. Trata-se de um teste bastante útil para a psicologia clínica. A prova consta de 338 itens que envolvem 50 escalas. O tempo de aplicação é de 30-50 minutos.

Montreal Cognitive Assessement (MoCa)

O instrumento MoCa tem como principal objetivo a avaliação breve da disfunção cognitiva ligeira. Esta prova avalia diferentes domínios cognitivos, tais como: função executiva, capacidade visuo-espacial; memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação temporal e espacial. O tempo de administração é de 10 a 15 minutos e a pontuação máxima é de 30 pontos (Simões, Freitas, Santana, Firmino, Martins, Nasreddine & Vilar, 2008).

Segundo Julayanont, Phillips, Chertkow e Nasreddine (2012), os graus de severidade podem ser classificados da seguinte forma: pontuação superior a 26 corresponde a ausência de défices cognitivos; pontuação entre 18 e 26 corresponde a disfunção

cognitiva ligeira; pontuação entre 10 e 17 corresponde a disfunção cognitiva moderada e pontuação inferior a 10 corresponde a disfunção cognitiva grave.

Conclusão

O trabalho desenvolvido, no decorrer do estágio académico do 2º ano do mestrado em psicologia clínica, incidiu sobre a psicologia clínica no contexto da deficiência intelectual, tendo permitido aprofundar e colocar em prática conhecimentos teóricos e metodológicos, adquiridos durante a formação académica.

Foram inicialmente sentidas algumas dificuldades, mais concretamente ao nível das funções que o psicólogo clínico desempenha nos diferentes contextos profissionais, assim como, do ponto de vista da relação direta com pessoas que apresentam este tipo de problemáticas de tão vasta dimensão. Assim sendo, creio que seria bastante útil e profícua a criação de aulas práticas na licenciatura de psicologia clínica. Importa, contudo, referir que as dificuldades sentidas foram colmatadas pela orientadora de estágio, Dr.ª Mónica Santos, que esteve sempre disponível para clarificar as dúvidas e partilhar conhecimentos imprescindíveis para o decorrer harmonioso de todo este processo.

Tal como esperado, este estágio ter-se-á alicerçado em objetivos (inicialmente traçados e delimitados), tendo os mesmos sido cumpridos dentro dos prazos definidos.

A realização dos dois estudos de caso (envolvendo a avaliação psicológica e o acompanhamento psicológico individual a dois clientes do C.A.O. Espaço da Luz) decorreram dentro da normalidade, sem nenhuma ocorrência a relatar. Todavia, por se tratarem de indivíduos com défice cognitivo, foi necessário adequar o discurso ao nível de compreensão e tipo de problemática presente. Foram sentidas algumas dificuldades em acompanhar o raciocínio dos clientes, uma vez que o pensamento não era linear, mudando com facilidade de assunto e com alguma confusão na construção frásica.

A avaliação psicológica realizada terá servido para o traçar de um plano terapêutico mais adequado a cada um dos estudos de caso. Por outro lado, para além de possibilitar

um contacto mais próximo e um treino efetivo do modo de aplicação, cotação e interpretação das provas, a prática da avaliação psicológica deveu-se igualmente à inexistência, na data do presente estágio, de uma avaliação psicométrica no processo individual. Esta quantificação objetiva poderá revelar-se bastante profícua, em futuras intervenções e como dados de relevância para monitorização da evolução do cliente.

Na intervenção realizada em grupo, foi observada uma excelente recetividade e interesse por parte dos clientes que a integraram, embora tenham sido necessário realizar alguns ajustamentos (nomeadamente uma redução do número de elementos do grupo), de modo a aprofundar/adequar algumas temáticas e conceder uma atenção mais individualizada a cada um dos elementos.

Desenvolver as funções da psicologia clínica no contexto da deficiência intelectual, foi bastante enriquecedor, na medida em que permitiu desenvolver outros conhecimentos e observar a realidade atual.

Compreendi que a pessoa com deficiência intelectual é ela mesmo a sua principal força, mas que para além disso os técnicos e os familiares desempenham um papel muito importante no seu desenvolvimento e no seu dia-a-dia.

Foi importante compreender a deficiência em si mesma, perceber como é vista pela sociedade e constatar a enorme falta de apoios sociais que existe.

A pessoa com deficiência não tem que ser vista como incapaz, muito pelo contrário, existem muitas capacidades que podem ser desenvolvidas/estimuladas de modo a que a pessoa com deficiência intelectual se sinta útil na sociedade. É importante que hajam oportunidades para que estas pessoas estejam cada vez mais integradas na sociedade. Verificou-se que a atividade socialmente útil torna-se importante para o bem-estar físico e mental e que o seu contributo é fundamental para as empresas que recebem estas pessoas.

Reflexões críticas

A oportunidade para iniciar a prática profissional neste contexto específico - o da deficiência intelectual - constituiu um enorme e prazeroso desafio, muitas vezes acompanhado de algumas inseguranças próprias de quem inicia uma atividade profissional, levando-me a perceber que a realidade é bem menos linear do que a que nos é possível ler nos manuais. Num determinado grupo populacional, mesmo que o tipo de deficiência seja o mesmo, cada caso é um caso, levando os técnicos a intervir e a lidar de forma diferente.

No início, a falta de experiência e a insegurança estiveram presentes, tanto no decorrer da primeira avaliação psicológica, como nos primeiros momentos de acompanhamento psicológico individual. A consciência da responsabilidade que é lidar com pessoas (e, neste caso em particular, com deficiência intelectual e duplo diagnóstico) acompanhou-me durante todo o estágio. Posso afirmar que nenhum dia foi igual ao outro, mas todos eles constituíram uma viagem de constante aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional.

Ao nível profissional, posso afirmar, que aprofundei os meus conhecimentos acerca das provas psicológicas, tendo desenvolvido confiança para administrar, cotar e interpretar de forma correta e fidedigna. Foi possível, ainda constatar a importância da observação e da entrevista clínica, como forma de obter informação acerca do indivíduo.

A bibliografia acerca da psicologia clínica no contexto deficiência intelectual, encontra-se ainda muito pobre relativamente aos estudos realizados nesta área. Há relativamente poucos estudos focados em intervenções psicoterapêuticas nos pacientes com atraso mental. Desta forma, foram sentidas muitas dificuldades em encontrar

bibliografia para a elaboração do relatório de estágio. Contudo, procurei informação geral que se adaptava à população com deficiência intelectual.

A adaptação à organização e, principalmente aos clientes do Espaço da Luz, foi gradual, considerando a complexidade e as limitações (comunicacionais, comportamentais, entre outras) por parte de alguns clientes.

No final, o balanço que faço deste estágio académico é bastante positivo, ou seja, uma excelente experiência da qual saio mais rica em conhecimento, tendo igualmente ganho confiança na minha postura e prestação profissional. Acima de tudo, posso afirmar que finalizo esta etapa com uma enorme vontade de continuar a aprender.

Futuramente, espero continuar a fazer parte integrante da organização que me acolheu nesta fase inesquecível do meu percurso académico e poder continuar a acompanhar este tipo população.

Referências bibliográficas

Almeida, N. V. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora, 5*, 34-39.

Alonso, M. A. (1994). *El cambio de paradigma en la concepcion del retraso mental: la nueva definicion de la AAMR.* Espanha: Siglo Cero.

Alonso, M. A., & Bermejo, B. G. (2001). *Atraso mental. Adaptação social e problemas de comportamento.* Lisboa: McGraw- Hill.

Antunes , G. (2015). *CERCI´S: O caminho faz-se a andar*. *Revista FENACERCI*, 37.

Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia, 6*, 35-47.

Associaton, A. P. (2014). *Manual de dignóstico e estatística das perturbações mentais* (6 ed.). Lisboa: Climepsi.

Bancroft, J., & Graham, C. (1999). *Introdução às psicoterapias.* Lisboa: Climepsi.

Bhaumik, S., Gangadharan, S., Hiremath, A., & Russe, P. S. (2011). *Psychological treatments in intelectual disability: the challenges of building a good evidence base.* Inglaterra: The British Journal of Psychiatry.

Carvalho, E., & Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association of Mental Retardation- AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP, 2*, 147-156.

Casanova, J. L. (2008). *Pessoas com deficiências e incapacidades.* Lisboa- Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Casarin, S. (2001). *Os vínculos familiares e a identidade da pessoa com síndrome de Down.* São Paulo- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

CIF. (2003). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.* Lisboa: Organização Mundial de Saúde.

Claudino, A. (1997). *A Orientação para a formação profissional de jovens com deficiência intelectual.* Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Cordioli. A. V. (2008). *Psicoterapias: Abordagens Atuais.* Porto Alegre : Artmed.

Cottraux, J. (1991). *Terapias comportamentales y cognitivas.* Barcelona: Masson.

Craig, R. J. (1989). *O processo clínico de entrevista- Entrevista clínica e diagnóstica* . Porto Alegre: Artes Médicas.

Estatística, I. N. (2002). *Censos 2001: Análise da população com deficiência.* Lisboa: INE.

Eysenck, M. (2000). *Psychology student's handbook.* Eys East Sussex: Psychology press.

Fazenda . (1997). A Utopia da Igualdade: Inclusão ou Exclusão? A pessoa com deficiência, no meio da cidade. *Revista Integrar, 21/22*, Lisboa.

Ferreira, V. R., & Mousquer, D. N. (2004). Observação em psicologia clínica. *Resvista de psicologia da UnC, 2,* 50-61.

Gentile, J. P., & P. M. (2004). Psychotherapy with the Mentally Ill/ Mentally Retarded Person. Inglaterra: Paulette Marie Gillig, MD, PhD.

Glat, R. (1999). Refletindo sobre o papel do psicólogo no atendimento ao deficiente mental: além do diagnóstico.

Gonçalves, Ó. (2006). *Terapias cognitivas: teorias e práticas* (Vol. 5). Porto: Edições Afrontamento.

Gonçalves, H. (2015). *CERCI´S: O caminho faz-se a andar . Revista FENACERCI, 56-58.*

Julayanont, P., Phillips, N., Chertkow, H., & Nasreddine, Z. S. (2012). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Concept and Clinical Review.*

Kirk, S., & Gallagher, J. (1996). *Educação da criança excepcional.* São Paulo: Martins Santos .

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da teoria cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 20,* 54-64.

Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica – técnica, teoria e clínica.* Lisboa: Fim de Século.

Lisboa, C. (2010). *Código de ética.* Lisboa: CERCI Lisboa.

Lisboa, C. (2010). *Cuidados na administração terapêutica e situações de emergência.* Lisboa: CERCI Lisboa.

Lisboa, C. (2010). *Regulamento interno, centro ocupacional da luz.* Lisboa: CERCI Lisboa.

Lisboa, C. (2011). *Regulamento interno* . Lisboa : CERCI Lisboa.

Lisboa, C. (2013). *Histórico.* Lisboa: CERCI Lisboa.

Lisboa, C. (2013). *Missão e valores* . Lisboa: CERCI Lisboa.

Lisboa, C. (2013). *Planos individuais de intervenção do cliente.* Lisboa: CERCI Lisboa.

Matos , M. G., Simões, C., & Canha, L. (2000). *Manual de promoção de competências de relacionamento interpessoal.* (M. C. M.G., Ed.). Lisboa.

Medalia, A., & Revheim, N. (2002). *Dealing With cognitive dysfunction associated with psychiatric disabilities.* Albany: New York.

Medalia, A., & Revheim, N. (2007). *Como lidar com os défices cognitivos associados às doenças mentais – Guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental.* Porto: ENCONTRAR+SE.

Morato, P. (1998). *Deficiência mental e aprendizagem. Um estudo sobre a cognição espacial de crianças com trissomia 21.* Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência.

Morato, P., & Santos, S. (2012). Acertando o Passo! Falar de Deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê? *Revista brasileira de educação especial, 18*, 3-16.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (20 de Abril de 2011). Regulamento n.º 258/2011 - Código Deontológico da Ordem dos Psicologos Portugueses. *Diário da República, II*(78), pp. 17931-17936. Obtido em 25 de Jan. de 2016, de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf

Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à psicologia clínica.* Lisboa: Climepsi Editores.

Rey, A. (1988). *Teste de cópia de figuras complexas.* Lisboa: Cegoc- TEA.

Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise psicológica, 4*, 589-599.

Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 346-368.

Rodrigo, M. J., & Palácios, J. (1998). *Família y desarrolo humano.* Madrid: Alianza Editorial.

Russo, L. A. B. (1994). *Algumas contribuições do sócio-interacionismo para se pensar sobre a prática pedagógica na educação especial.* Brasil. Dissertação de Mestrado - Psicologia da Educação da PUC/SP.

Santos, S., & Morato, P. (2002). *Comportamento adaptativo.* Porto: Porto Editora.

Saúde, O. M. (1993). *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (10 ed.). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.

Saúde, O. M. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Schalock, R. L., & Keith, K. D. (1993). *Quality of life Questionnaire.* Worthington: OH: IDS.

Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual* (Vol. 38). Siglo Cero.

Silva, L. (2001). *Acção social na área da família. Família e Deficiencia* (Vol. 2). Lisboa: Universidade Aberta.

Silva, N. (2000). Deficiência mental e família: uma análise da produção científica. *Paidéia, 10,* 12-23.

Simões, M. R. (1994). Notas em torno da arquitectura da avaliação psicológica. *Psychologica, 11*, 7-44.

Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., & Firmino, H. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCa): Versão 1.* Coimbra: Laboratório de avaliação psicológica: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Sousa, R. (2008). A importância do aconselhamento psicológico na QDV e na QDVRS – Algumas orientações. *Psychologica, 48*, 225 – 235.

Sprovieri, M. H., & Assumpção, F. B. (2005). *Deficiencia menal- sexualidade e família* (Vol. 2). Brasil: Editora Manole Ltda.

Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem.* Porto: Porto Editora.

Trindade, I., & Teixeira, J. A. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise psicológica, 16,* 155-158.

Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: administration and scoring manual.* San Antonio: Psychological Corporation. .

Wechsler, D. (1998). *WAIS III: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos* (13 ed.). Madrid: TEA Ediciones.

Wechsler, D. (1998). *WAIS III: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos* (3 ed.). Lisboa: Cegoc- TEA.