



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

PSICOLOGIA CLÍNICA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Sofia Maria de Portugal de Silveira Assis e Santos

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Número da candidata: 30003142

Março de 2024

Lisboa

AGRADECIMENTOS

O estágio realizado foi um processo que me trouxe muita realização pessoal e profissional. Contudo, existem sempre momentos mais difíceis e, diria até, impossíveis de contornar se não tivérmos o devido apoio.

Neste sentido, deixo o meu especial agradecimento ao meu pai por sempre ter apoiado as minhas escolhas e principalmente por nunca me ter deixado desistir, por mais que me custasse. Atualmente, agradeço-lhe por me ajudar a continuar, mesmo com todas as adversidades e todos os obstáculos que enfrentei.

Deixo, também, um agradecimento ao meu orientador de estágio, que sempre foi tão prestável e sempre disposto a ajudar-me neste meu percurso. A sua empatia e a forma como me integrou na equipa da instituição foi uma ajuda fundamental.

Agradeço, igualmente, a todas as amigas que me aconselharam nas melhores alturas e com quem partilhei tantas dúvidas e conhecimento, em especial à Adriana.

Agradeço também à Prof^a Doutora Rute Brites e à Prof^a Odete Nunes por todos os esclarecimentos durante as aulas de seminário. Agradecer também ao meu orientador de relatório Professor Doutor Tito Laneiro pelo apoio prestado ao longo da realização deste relatório.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a toda a minha turma. Acredito que nos ajudámos muito através da partilha dos nossos casos e discussão dos mesmos.

RESUMO

O presente relatório descreve a experiência conseguida através do estágio académico em contexto de reabilitação psiquiátrica. O objetivo do estágio passou por colocar em prática todas os conteúdos lecionados no decorrer da licenciatura e mestrado em Psicologia Clínica, nomeadamente entrevistas clínicas, anamneses, acompanhamento psicológico, avaliação psicológica, bem como colocar em prática o modelo de intervenção - Abordagem Centrada na Pessoa. A realização deste estágio foi fundamental para o desenvolvimento da aprendizagem e crescimento profissional. Neste sentido, este trabalho pretende abordar numa primeira fase as perturbações dos casos clínicos estudados, como a esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva e perturbação do desenvolvimento intelectual. Na parte prática do presente trabalho serão abordados dois casos, um caso de acompanhamento psicológico e um de avaliação psicológica, bem como a sua análise e discussão. A realização deste relatório permite, assim, uma melhor compreensão da prática no âmbito da Psicologia Clínica e é de ressaltar a importância da investigação contínua para melhorar a qualidade de vida dos utentes e a possibilidade de uma melhor reinserção dos mesmos na sociedade.

Palavras-Chave: Estágio; Reabilitação Psiquiátrica; Abordagem Centrada na Pessoa; Acompanhamento Psicológico; Avaliação Psicológica

ABSTRACT

This report describes the experience gained during an academic internship in a psychiatric rehabilitation setting. The aim of the internship was to put into practice all the content taught during the undergraduate and master's degrees in clinical psychology, namely clinical interviews, anamneses, psychological monitoring, psychological assessment, as well as putting into practice the intervention model - Person-Centered Approach. This internship was fundamental to the development of learning and professional growth. In this sense, this work aims to initially address the disorders of the clinical cases studied, such as schizophrenia, schizoaffective disorder and intellectual development disorder. In the practical part of this work, a psychological follow-up case and a psychological assessment case will be addressed, as well as their analysis and discussion. This report provides a better understanding of the practice of clinical psychology and highlights the importance of ongoing research to improve the quality of life of users and the possibility of their better reintegration into society.

Key-Words: Internship; Psychiatric Rehabilitation; Person-Centered Approach; Psychological Follow-up; Psychological Assessment

ÍNDICE

Introdução	7
Contextualização do Estágio	8
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1. A Psicologia Clínica em contexto de Reabilitação Psiquiátrica	12
2. Esquizofrenia	16
3. Perturbação Esquizoafetiva	22
4. Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	26
5. Modelo de Intervenção – Abordagem Centrada na Pessoa.....	30
PARTE II – ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	35
1. Objetivos.....	36
1.1. Objetivos Gerais	36
1.2. Objetivos Específicos	36
2. Atividades de Estágio.....	37
2.1. Observação de Consultas	37
2.2. Reuniões Comunitárias	38
2.3. Plano de Avaliação e Regulação de Alterações do Comportamento Agressivo	38
2.4. Congresso de Psiquiatria	39
3. Apresentação e análise de casos.....	39
3.1. Acompanhamento Psicológico de “Carlos” – Caso I	39
3.2. Avaliação Psicológica de “Luís” – Caso II	49
PARTE III – DISCUSSÃO CLÍNICA	57
1. Discussão do caso “Carlos” à luz da teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo.....	58
2. Reflexão sobre o caso “Carlos”.....	60
3. Discussão do caso “Luís”	61
PARTE IV – CONCLUSÃO	63
Conclusão	64
Referências Bibliográficas	66

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

CIP – Centro de Investigação em Psicologia

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PII – Plano Individual de Intervenção

AVD – Atividades de Vida Diária

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-V-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision*

CID – *International Classification of Diseases*

CID-11 – *International Classification of Diseases, Eleventh Revision*

AAIDD – *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*

PSZA – Perturbação Esquizoafetiva

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

QI – Quociente de Inteligência

SNC – Sistema Nervoso Central

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

WAIS-III – Escala de Inteligência de *Wechsler* para Adultos

Introdução

O presente Relatório de Estágio Curricular foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Seminário de Estágio II e constitui-se como a prova final para a conclusão e obtenção do grau académico de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL).

O estágio curricular descrito decorreu numa instituição na região de Lisboa, ao longo de 8 meses, entre 24 de outubro de 2022 e 15 de junho de 2023, totalizando cerca de 400 horas. O principal foco do estágio passou por conhecer e integrar as instalações do espaço da entidade reguladora a fim de acompanhar os indivíduos com perturbação mental, sob a orientação do Professor Doutor Tito Laneiro, Professor Associado e Coordenador Científico do Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento na UAL e investigador doutorado do Centro de Investigação em Psicologia CIP/UAL.

Considerando que a vertente escolhida foi a profissionalizante, reconhece-se a relevância do estágio na interligação entre os conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer do curso e a sua praticidade no contexto profissional de um psicólogo clínico. Com efeito, durante a realização do estágio, é dada a oportunidade de vivenciar diretamente o trabalho clínico, enfrentar desafios reais e dilemas éticos e aprender com os mesmos, além de ser possível a observação de diferentes abordagens e metodologias que enriquecem o desempenho clínico. Neste sentido, este relatório de estágio surge como uma forma de apresentar as funções e tarefas desempenhadas, bem como refletir acerca das competências pessoais e profissionais adquiridas no estágio curricular académico.

Assim, traduz-se o presente num relato pessoal e clínico, que se distingue em quatro partes fundamentais. A primeira parte incorpora uma contextualização do local de estágio, seguindo-se uma segunda parte referente ao enquadramento teórico no qual se insere a prática clínica do presente estágio curricular e no qual são aprofundados os temas da Psicologia Clínica no contexto de reabilitação psiquiátrica: a esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação do desenvolvimento intelectual e o modelo de intervenção aplicado, ou seja, a abordagem centrada na pessoa. Na terceira parte é contemplada uma visão integrada daquele que foi o trabalho de estágio realizado ao longo do ano letivo 2022/2023. A quarta e última parte deste relatório contém uma discussão aprofundada das atividades e dos projetos, bem como uma discussão clínica dos casos

apresentados. O relatório termina, por fim, com uma conclusão pessoal baseada numa reflexão acerca do trabalho desenvolvido e de todo o percurso do estágio.

Contextualização do Estágio

Constituindo-se como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e seguindo uma índole religiosa, a Instituição tem como principal objetivo prestar auxílio médico e social à população, através da implementação de medidas e programas de reabilitação que visam facilitar a reintegração na comunidade. Com a missão de promover a autonomia e a funcionalidade, a Instituição encontra-se, atualmente, organizada em diversas especialidades direcionadas à melhor intervenção para cada utente, mediante as suas características, necessidades e objetivos clínicos específicos.

Dentro das dificuldades e problemáticas que a Instituição procura colmatar, as mais frequentes tendem a ser as perturbações de personalidade, demências, psicoses agudas, esquizofrenia, perturbações bipolares, perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias. Deste modo, ao nível interno, oferece uma diversidade de respostas de intervenção no âmbito da saúde mental, incluindo o internamento de curta, média e longa duração, com uma capacidade de internamento para cerca de 500 utentes, serviços de psicogeriatría, serviços de reabilitação psicossocial, e ainda, consultas externas de clínica geral, Psiquiatria, Psicologia, psicoterapia, gerontopsiquiatria, pedopsiquiatria, alcoologia, neuropsicologia, neurologia, medicina e próteses dentárias e oftalmologia. Nos diferentes serviços, os utentes não se encontram separados por faixa etária (exceto apenas no serviço de gerontologia), mas por grau de autonomia e pela estabilidade da sua doença. Neste sentido, o ambiente social da instituição é pautado pela comunicação eficiente entre serviços e profissionais que se organizam numa equipa multidisciplinar constituída por médicos/as, psiquiatras, enfermeiros/as, psicólogos/as, terapeutas ocupacionais, entre outros, dedicada à promoção da qualidade de vida e inclusão social para aqueles que usufruem do espaço.

Os serviços da Instituição são disponibilizados aos utentes, com idade igual ou superior a 18 anos, que se encontram em internamento e em residências comunitárias da Instituição. De salientar que as consultas externas e as respostas com terapêutica ocupacional da Instituição decorrem todos os dias úteis e destinam-se também a pessoas

com referenciação médica. Neste sentido, para além de dar resposta a pessoas residentes em espaços de unidades da Instituição, esta contempla, ainda, um serviço aberto à comunidade portuguesa adulta.

A instituição dispõe, também, de espaços verdes que permitem à grande maioria dos utentes a possibilidade de os frequentar para eventuais caminhadas ou passeios pelos jardins. Tal traduz-se numa mais-valia para a saúde física, bem como para a saúde psicológica, uma vez que a prática de exercício físico, para além de diminuir o sedentarismo, reduz significativamente os níveis de *stress*, as alterações do padrão de sono e os níveis de sintomatologia depressiva, permitindo, assim, um estado de saúde mais saudável (Oliveira et al., 2022).

Dada a ênfase na promoção e desenvolvimento de competências que promovam a autonomia, esta instituição faculta, ainda, a oportunidade de os utentes se inscreverem em cursos que visam prepará-los para a reinserção na sociedade.

O estágio curricular decorreu maioritariamente na Unidade de Reabilitação Psicossocial, sendo a principal área de atuação o acompanhamento individual a utentes com esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva. Esta unidade oferece uma vertente residencial onde o foco passa pelo treino individualizado e personalizado de competências dos utentes. Para cada utente, é realizado um Plano Individual de Intervenção (PII) onde constam atividades da vida diária (AVD), particularmente a gestão de tempo, gestão de bens considerados essenciais, gestão de medicação e tarefas domésticas, tarefas de ocupações e lazer, cuidados de higiene, boa utilização dos recursos disponibilizados pela instituição, bem como o desenvolvimento e aplicação de competências previamente assimiladas na vida diária, para reinserção social.

Face aos pedidos frequentes por parte dos médicos psiquiatras para a realização de avaliações psicológicas, tive a oportunidade de passar por diversas unidades.

O trabalho realizado pelo psicólogo clínico na Instituição acarreta muita importância na medida em que passa por prestar um serviço que tenha em conta todas as necessidades e características específicas de cada utente. Assim, a intervenção psicológica pode ter diversos objetivos, tais como: o tratamento, de forma que seja possível estabilizar ou estagnar a doença; o acompanhamento que permite aos utentes, mais estáveis ou não, uma maior adaptação à sua condição atual; a reabilitação, para que, mais tarde, seja possível uma melhor inserção na sociedade e/ou uma melhoria no bem-estar individual; a avaliação, para possibilitar uma terapêutica adequada à necessidade de cada utente.

Em todas as unidades existentes na instituição são realizadas semanalmente sessões de grupo e reuniões comunitárias. Por norma, são grupos de utentes (entre 10 a 20 elementos no máximo) e colaboradores (psicólogos/as, enfermeiros/as e auxiliares). O número de utentes presentes varia consoante a disposição de cada um (o que nem sempre lhes permite estar presentes). Estas sessões de acompanhamento têm como principal objetivo ser um espaço de consolidação da semana, onde se partilham experiências e contratempos. Serve igualmente para refletir e encontrar estratégias que possam atenuar ou extinguir a sintomatologia ansiosa frequentemente sentida pelos utentes, bem como debater e definir atividades de mestria e/ou de prazer para os utentes dado o seu papel benéfico na evolução positiva da doença. Por sua vez, as reuniões comunitárias têm como principal foco o debate sobre a agressividade, dado ocorrerem numa Unidade onde era recorrente existirem comportamentos agressivos entre utentes e de utentes para com os recursos desse espaço. Estas reuniões permitem também o debate acerca de outras temáticas, nomeadamente problemas interpessoais e mediação de conflitos.

Para além do referido, existem unidades onde os psicólogos têm como principal função fazer um acompanhamento semanal individual. Assim, a preocupação passa por entender como têm sido os dias dos utentes, oferecendo um espaço seguro para falarem do que, para eles, for mais conveniente (e.g. preocupações, conquistas, desafios, evolução). É de notar a importância dada pelos utentes a estes acompanhamentos, que sempre se mostraram muito participativos e interessados em promover o seu bem-estar.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Psicologia Clínica em contexto de Reabilitação Psiquiátrica

A Psicologia Clínica é uma variante ampla e diversificada da Psicologia que incorpora uma variedade de abordagens teóricas e técnicas terapêuticas. Centra-se na aplicação de princípios psicológicos para a investigação das perturbações mentais, o que abrange a compreensão da epidemiologia, etiologia, diagnóstico e intervenção dessas mesmas perturbações em indivíduos de todas as idades (Kazdin, 2019). Procura, assim, avaliar, prevenir, diagnosticar e intervir, seja num contexto individual ou em grupo. O foco da Psicologia Clínica passa por estimular o equilíbrio da mente, de modo a contribuir para o bem-estar psicológico da pessoa e/ou grupo (Brito, 2008).

Dentro do conhecimento médico que fundamenta a prática clínica, é fundamental descrever os sintomas e compreender os antecedentes da doença para diagnosticá-la. Da mesma forma, para fazer um prognóstico é crucial elaborar previamente um diagnóstico (Moreira, et al., 2007; Norcross e VandenBos, 2018). Para que tal seja possível, é necessário empregar vários processos, tais como a realização de entrevistas clínicas, administração de testes psicológicos, observação do comportamento, formulação de casos, desenvolvimento de estratégias de intervenção e avaliação do progresso ao longo do tempo (Lambert, 2013).

Hipócrates, pai da medicina (King, 2020), revolucionou a medicina ao encontrar uma forma de compreender a patologia na sua origem, despertando na pessoa doente a necessidade de encontrar tratamento. Foi pioneiro na observação clínica e na criação da anamnese, considerada até hoje, a primeira etapa da Psicologia Clínica. O seu principal objetivo com o exame médico passava por recolher todos os dados necessários para construir um diagnóstico e, posteriormente, um prognóstico. A sua forma de atuar procurava observar o paciente detalhadamente, auscultar, medir a temperatura corporal, entre outros. Foi através da anamnese e do exame médico que Hipócrates conseguiu descrever cerca de quarenta e cinco doenças que contribuíram para a evolução da medicina ao longo dos séculos (Moreira, et al., 2007).

A prática da Psicologia Clínica tem origem no modelo médico, onde o profissional tem como premissa observar e compreender e, seguidamente, prescrever um tratamento. Ora, este é um modelo focado, essencialmente, na promoção da saúde, o que afastou durante um período a Psicologia das questões sociais (Moreira, et al., 2007; Norcross e VandenBos, 2018). Contudo, segundo Guerra (2002, citado por Moreira et al., 2007), a

Psicanálise foi responsável por uma mudança de paradigma na prática clínica onde se prioriza uma prática focada na escuta e não apenas na observação e no que é aparentemente visível. Nesse sentido, a Psicologia Clínica cria uma maior conexão com o sujeito em si e com o seu individualismo e não apenas com a patologia, tal como acontece no modelo médico.

No século XVIII começam a surgir ideias acerca da Psicologia em contexto psiquiátrico, que destacam a importância da singularidade da pessoa. É esse movimento que traz uma mudança do paradigma, trazendo uma perspectiva mais subjetivista à Psiquiatria que, anteriormente, adotava uma metodologia mecanicista e organicista no tratamento das patologias. Mais tarde, a fusão da medicina com a filosofia surge para promover uma visão mais alargada do ser humano, tendo um forte impacto na compreensão da patologia em si (Schneider, 2011).

Influenciado por John H. Jackson, Pinel desenvolve uma nova abordagem, dando um maior destaque aos aspetos psicológicos. Foi, portanto, possível construir uma nova abordagem terapêutica, embora, na prática, tenha significado uma nova forma de confinamento para os indivíduos com perturbações mentais com base em regras morais ou de razão (Foucault, 1991 citado por Schneider, 2011). Este foi um forte contributo para o aumento da relevância da perspectiva psicológica dentro da Psiquiatria, que culminou na consolidação da Psicologia Clínica.

A Psicologia Clínica desempenha um papel essencial na reabilitação psiquiátrica, que visa ajudar indivíduos com perturbações mentais graves a recuperarem e terem uma vida significativa e produtiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022), a reabilitação psiquiátrica envolve a aplicação de medidas que visem a redução do impacto das condições incapacitantes e que permitam que os indivíduos com perturbações mentais graves alcancem a integração social. Ou seja, o objetivo geral da reabilitação psiquiátrica é garantir o acesso às responsabilidades sociais, vocacionais e recreativas, bem como os privilégios dos cidadãos que englobam a comunidade (Lieberman, 1937; Roberts et al., 2006).

Historicamente, a reabilitação psiquiátrica teve o seu impulso na década de 1950, aquando da formação de centros de reabilitação psicossocial privatizado, i.e., independentes do sistema de saúde mental tradicional. Estes centros proporcionavam a oportunidade de trabalhar e viver na comunidade, bem como desfrutar da vida social ao seu próprio ritmo, através de experiências planeadas num ambiente respeitoso, solidário e realista. Embora antes os termos “reabilitação psiquiátrica” associada ao modelo médico

e “reabilitação psicossocial” baseada no modelo de reabilitação social fossem distinguidos, atualmente na prática estes termos surgem bastante emaranhados (Corrigan et al., 2008; Liberman, 1937).

Diferentes classificações dos princípios básicos da reabilitação psiquiátrica foram propostas ao longo dos anos. Embora a maioria dessas classificações tenha tendência a convergir para um conjunto de princípios comuns, algumas refletem um ponto de vista teórico específico. Um tema forte que emerge na literatura acerca da reabilitação psiquiátrica é que muitas dessas abordagens evoluíram na ausência de um forte arcabouço teórico. Portanto, o ecletismo é traçado como um dos princípios fundamentais (Corrigan et al., 2008).

Durante a década de 1980, são então traçados doze princípios fundamentais, cada um deles definido por um mínimo de três itens comportamentais. O primeiro princípio é a autodeterminação, em que a participação ativa dos indivíduos é crucial para gerir a própria patologia e o seu processo de recuperação através de atividades de autoajuda. O segundo princípio centra-se na organização em torno de objetivos, escolhas e preferências dos indivíduos em comunidade terapêutica. Por sua vez, o terceiro princípio tem o seu foco no mundo real, i.e., os objetivos traçados em reabilitação são centrados em necessidades reais (e.g., ter amigos, trabalhar, ter independência). O quarto princípio define-se pelo foco nas forças, i.e., destaca as capacidades únicas e potenciais de cada indivíduo, em contraste com as mensagens desanimadoras que muitos recebem, de forma que essa valorização seja ponto de partida para alcançarem os seus objetivos pessoais. O quinto princípio refere-se ao treino de habilidades práticas e sociais necessárias para uma vida independente fora da comunidade terapêutica. A modificação e o apoio ambiental são fundamentais para o sucesso da reabilitação psiquiátrica e pautam-se pelo sexto princípio, de forma a facilitar e maximizar o sucesso terapêutico. Tal como inicialmente abordado, a integração entre a reabilitação social e o tratamento médico é um dos princípios fundamentais, o sétimo, oferecendo uma abordagem abrangente e holística para garantir todas as necessidades psicossociais e de saúde mental através de uma equipa multidisciplinar. O oitavo princípio aborda esta equipa multidisciplinar, que é necessária e colabora regularmente para atender às diversas necessidades dos indivíduos. No nono princípio, enaltece-se a continuidade dos serviços ao longo do tempo, oferecendo suporte para o sucesso dos programas de reabilitação, sendo este mantido através do alcance sistemático àqueles que interromperam tratamentos. O décimo princípio é relativo à integração comunitária, que promove a autonomia e autogestão da patologia e dos papéis

sociais na comunidade, facilitando a participação ativa em comunidades locais para uma vida normal. Por fim, o último princípio centra-se na orientação para a recuperação e o bem-estar dos indivíduos (Corrigan et al., 2008).

O papel do psicólogo em reabilitação psiquiátrica é multifacetado e abrange variadas áreas de intervenção, de forma a promover o bem-estar e a reintegração social dos indivíduos com perturbações mentais graves. Primeiramente, é o psicólogo quem desempenha o papel fundamental na avaliação psicológica e na formulação do caso, identificando as necessidades dos indivíduos, bem como os seus recursos e fatores que contribuem para a sua condição psiquiátrica, para que se oriente o plano de tratamento e a posterior intervenção (Bond e Drake, 2020). O psicólogo pode oferecer uma variedade de abordagens psicoterapêuticas, tais como a terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal, abordagem centrada na pessoa, entre outras. Estas abordagens partilham o mesmo propósito: ajudar a lidar com a sintomatologia, promover o autoconhecimento e desenvolver estratégias de *coping* (Hofmann et al., 2012). Para além disso, o psicólogo desempenha um papel crucial na reabilitação psicossocial, ao ajudar os indivíduos em comunidade terapêutica a desenvolver as suas habilidades sociais, ocupacionais e de vida diárias necessárias para a reintegração bem-sucedida na comunidade (Mueser et al., 2002). O suporte emocional e o aconselhamento a utentes e seus familiares também é tarefa do psicólogo, que ajuda a lidar com os desafios associados à patologia mental (Bond e Drake, 2020; Hofmann et al., 2012).

Contudo, importa referir o difícil acesso a serviços de Psiquiatria, como é o caso da instituição onde decorreu o presente estágio que apresentava, por exemplo, lista de espera. Para além das vagas limitadas, existiam diversas variáveis que dificultavam o acesso a este serviço. Neste sentido, um estudo procurou saber quais eram as principais necessidades de vinte e quatro utentes residentes em serviços de reabilitação psiquiátrica, utilizando a Nation Outcome Scale. Foram também entrevistados 12 membros da equipa do mesmo serviço para entender o papel do psicólogo (Berry, 2007).

Foi possível verificar, através da avaliação feita aos utentes, que existiam muitas necessidades não atendidas, nomeadamente ansiedade, depressão e regulação de emoções, necessidades essas facilmente resolvidas através de acompanhamento psicológico ou psicoterapia. Desta forma, foi também produtivo entender quais os utentes que necessitavam de um maior apoio (Berry, 2007).

Ressalta-se a necessidade de os membros da equipa técnica também terem demonstrado necessidade de algum tipo de intervenção psicológica. Todos eles referiram

que era benéfico existir alguma formação sobre como se relacionarem em determinadas situações com os utentes, conseguindo, assim, ajudar a regular o seu funcionamento. Neste sentido, o papel do psicólogo clínico é fundamental também a um nível interno, pois permite ajudar a equipa a entender certos comportamentos, fornecendo, também, algumas ferramentas para agir (Berry, 2007).

Segundo um estudo realizado por Schmidt et al. (2020), alguns profissionais de saúde entendem que os doentes que recorrem ao serviço de urgência psiquiátrica têm necessidades, mas que não podem dar resposta a longo prazo, sendo necessário o utente recorrer a outro tipo de apoio (social/psicológico).

Portanto, existe uma grande dificuldade por parte dos profissionais em dar resposta a diversas necessidades psiquiátricas devido à falta de apoio social e serviços inadequados nas unidades. Assim, é necessário implementar uma maior rede de apoio nos serviços de urgência psiquiátrica para remediar a fragmentação dos serviços de saúde e colocar as necessidades do utente em primeiro lugar, isto é, uma logística mais centrada na pessoa que consiga responder às suas necessidades (Schmidt et al., 2020).

2. Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das perturbações mentais graves associadas a menor esperança de vida (Pulido et al., 2023; Tanskanen et al., 2018) dadas as implicações significativamente negativas no bem-estar da pessoa, nomeadamente ao nível da sua saúde, ao nível social e económico (Kaneko, 2018; Pulido et al., 2023; Saraiva e Cerejeira, 2018).

De facto, é uma perturbação na qual a taxa de risco de múltiplas doenças físicas é superior à da população em geral (Scott et al., 2016; Stubbs et al., 2016), onde existe um risco maior de morte por suicídio (Hjorthøj et al., 2017) e apresenta uma prevalência de aproximadamente 1% na população mundial, sendo mais predominante no sexo masculino. Os primeiros sintomas de esquizofrenia tendem a surgir no final da adolescência ou início da vida adulta (Queirós et al., 2019).

Contudo, esta é uma doença que abrange muitos estados, desde os mais graves, que exigem internamentos constantes, aos mais ligeiros, no qual ocorre apenas um episódio (Vita e Barlati, 2018).

Historicamente, relatos e descrições daqueles que hoje são considerados os sintomas da esquizofrenia (e.g., perda de contacto com a realidade, com subjacentes alterações ao nível da percepção, pensamento, comportamento e afeto) surgem em registos de civilizações da Antiguidade. Nesta época em que o desconhecido prevalecia, a esquizofrenia era maioritariamente percecionada enquanto um “castigo divino”, estando a pessoa que padecia da doença possuída por um demónio (Queirós et al., 2019).

O avançar da investigação neste âmbito levou à mudança do paradigma no século XVIII. Philippe Pinel foi um dos pioneiros desta revolução tendo contribuído para a primeira descrição da esquizofrenia, caracterizando-a como *démence* (em português: demência) para descrever a deterioração das capacidades mentais associadas à condição: “sucessão rápida ou alternância ininterrupta de ideias isoladas e emoções evanescentes e desconexas. Atos de extravagância continuamente repetidos, esquecimento completo de todos os estados anteriores, diminuição da sensibilidade às impressões externas, abolição da faculdade de julgar, atividade perpétua.” (Pinel, 1806, p.164). Benedict Morel retoma este termo em 1860 e acrescenta a noção de demência precoce para descrever a perda rápida de tais capacidades numa etapa prematura ou precoce, e, assim, definir a esquizofrenia.

Com o decorrer do tempo, diferentes autores surgiram com novas nomenclaturas para caracterizar esta condição mental, mas foi Eugen Bleuler que a designou como esquizofrenia (do grego, *schizein* – que significa separado, dividido; e *phrēn* - mente) quando se tornou evidente não se tratar de uma doença degenerativa, mas antes uma fragmentação da função cognitiva. Bleuler identificava dois tipos de sintomas em diversos quadros clínicos: sintomas fundamentais (i.e., os sintomas que estariam sempre presentes na doença) e os sintomas acessórios (i.e., delírios, alucinações, alterações da memória e atenção e sintomas catatónicos, cujas manifestações clínicas decorrem por curtos períodos, não sendo específicos da esquizofrenia e, portanto, poderem surgir e estar presentes noutras patologias (Saraiva e Cerejeira, 2018).

Para superar a subjetividade dos sintomas, Kurt Schneider, segundo Saraiva e Cerejeira (2018) estabeleceu uma hierarquia de sintomas, com base na sua importância para concretizar o diagnóstico de esquizofrenia. Os “sintomas de primeira ordem” são tidos como característicos e altamente indicativos de esquizofrenia após a exclusão de causas orgânicas, nomeadamente percepção delirante primária, difusão do pensamento e alucinações auditivas. Assim, a manifestação de, pelo menos, um destes sintomas seria motivo para confirmar o diagnóstico de esquizofrenia. Já os “sintomas de segunda ordem”

incluem manifestações como perplexidade, intuição delirante, humor depressivo ou eufórico.

Os critérios de diagnóstico estabelecidos por Bleuler e Schneider delineiam os extremos sintomáticos da esquizofrenia, sendo que os primeiros, por norma, são reconhecidos como sintomas negativos e os segundos como positivos/produtivos. As atuais classificações do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision* (DSM-V-TR; APA, 2022) e do *International Classification of Diseases, Eleventh Revision* (CID-11; WHO, 2022) fundamentam-se nesses dois conjuntos de sintomas, incorporando também o conceito evolutivo de Kraepelin que refere a hebefrenia, paranoia e catatonia, as quais provocam uma constante degradação do funcionamento cognitivo e relacional (Saraiva e Cerejeira, 2018).

Por volta dos anos 80, Crow oferece também um forte contributo no estudo desta patologia, subdividindo a mesma em dois indicadores, que podiam eventualmente ocorrer em simultâneo: tipo I, dominado pelos sintomas positivos (e.g., alucinações, delírios, desorganização do pensamento) e tipo II, onde prevalecem os sintomas negativos (e.g., embotamento afetivo, discurso pobre). Esta conceitualização baseia-se na ideia de que os doentes classificados com tipo I, mais tarde, tenderiam a evoluir para uma síndrome de tipo II (Saraiva e Cerejeira, 2018).

Para a concretização do diagnóstico são avaliados os sintomas e os dados obtidos na realização da anamnese. Como referido anteriormente, os sintomas da esquizofrenia são divididos entre positivos, que geralmente incluem os delírios e as alucinações e negativos, que refletem a deterioração parcial ou completa de funções normais. Os sintomas negativos são ainda subdivididos em primários, tidos como características nucleares do défice primário da doença e em secundários, resultado dos sintomas positivos ou até de possíveis efeitos secundários de medicação antipsicótica (Saraiva e Cerejeira, 2018).

A esquizofrenia no CID-11 (WHO, 2022) classifica-se por F20, sendo descrita como uma condição onde decorrem distorções características do pensamento e da percepção, e há afetos embotados. Neste manual de classificação, os sintomas são ainda subdivididos com base na relevância para o diagnóstico (WHO, 2022; Saraiva e Cerejeira, 2018). Por outro lado, no DSM-V-TR (APA, 2022) há uma descrição em categoria que engloba o espectro da esquizofrenia e algumas perturbações psicóticas. A principal característica é a confirmação de sintomas como distorção significativa da realidade, comprometimento da capacidade de raciocínio, produção de discurso e comportamento

racional e espontâneo, bem como o déficit de capacidade de resposta com afeto e motivação. Todas estas alterações manifestam-se sem que exista modificação do estado de consciência ou do déficit de memória (APA, 2022; Saraiva e Cerejeira, 2018).

Segundo Saraiva e Cerejeira (2018), para determinar o diagnóstico de esquizofrenia, é crucial analisar previamente outras condições psiquiátricas ou físicas, cujos sintomas sejam semelhantes aos da esquizofrenia. Neste sentido, são identificados três principais conjuntos: 1) perturbações do espectro da esquizofrenia que inclui, segundo o CID-11 (WHO, 2022) várias perturbações, nomeadamente, perturbação esquizotípica (F21), perturbação delirante persistente (F22), perturbações psicóticas agudas e transitórias (F23), perturbação delirante induzida (24) e perturbação esquizoafetiva (F25); 2) perturbações nosograficamente distintas da esquizofrenia que inclui, por sua vez, perturbações do humor com sintomas psicóticos, perturbações de personalidade, perturbações mentais na adolescência e também outras perturbações como ansiedade, obsessões e fobias; 3) quadros orgânicos com manifestações psicóticas.

De acordo com o DSM-V-TR (APA, 2022), um utente cumpre critérios para o diagnóstico de esquizofrenia quando se observa a presença de, no mínimo, dois ou mais dos seguintes critérios, durante um mês: ilusões; percepções falsas; discurso caótico; comportamento notoriamente desorganizado ou catatónico; diminuição da expressão emocional ou dificuldade em começar e manter atividades direcionadas a um objetivo específico. Na avaliação de doentes com esquizofrenia tende-se a dar primazia à análise dos sintomas positivos e negativos. Por esse motivo, os sintomas comórbidos podem não ser devidamente avaliados o que, consequentemente, prejudica a realização com sucesso do diagnóstico pois as comorbilidades (e.g., perturbação de ansiedade, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva, abuso de substâncias) estão incluídas nas manifestações da perturbação (Saraiva e Cerejeira, 2018; Shoeibi et al., 2022).

No que diz respeito à evolução da doença mental, as fases iniciais da doença são marcadas por repetidas intensificações dos sintomas positivos. Apesar de a maioria dos pacientes responderem de forma positiva à intervenção com antipsicóticos, cerca de 80% sofre recaídas nos primeiros cinco anos desde o primeiro episódio, devido, em grande parte, à interrupção do tratamento (Huhn et al., 2020; Nadeem et al., 2004 citado por Saraiva e Cerejeira, 2018). Como tal, o curso desta patologia é caracterizado por períodos de exacerbação dos sintomas e por períodos de remissão (an der Heiden e Hafner, 2011 citado por Saraiva e Cerejeira, 2018; Huhn et al., 2020).

As investigações elaboradas de perto com doentes com esquizofrenia indicam que aproximadamente 25% deles experimentam um prognóstico positivo, apresentando uma remissão satisfatória dos sintomas e uma adaptação favorável nas suas relações interpessoais, e 50% mantêm uma remissão e adaptação parcelar. No entanto, cerca de 25% dos doentes têm uma evolução consideravelmente negativa, manifestando sintomas residuais graves que afetam significativamente o seu funcionamento global. A investigação sugere que existem diversos fatores preditores de bons e maus prognósticos que podem estar na base desta estatística. Podem destacar-se como fatores preditores de um bom prognóstico a idade de início tardia, o facto de ter ocorrido um episódio breve, relacionamento social adequado, bom sistema de suporte, boa adesão à terapêutica, entre outros. Quanto aos fatores preditores de um mau prognóstico destacam-se a idade de início precoce, ocorrência de um episódio de longa duração, o doente ser do sexo masculino, história familiar de esquizofrenia, isolamento social, má adesão à terapêutica e abuso de substâncias (Saraiva e Cerejeira, 2018).

Considerando o contexto do presente estágio, revela-se importante salientar que os utentes diagnosticados com esquizofrenia representam um grande aumento na média de dias de internamento em serviços de saúde mental, sendo a média de 35 dias. Importa ainda referir que este diagnóstico é a principal razão para o elevado número de internamentos - cerca de 36.5% e 12.4% em consultas externas (Carvalho, 2012). A inexistência de uma causa claramente determinada, a complexidade da sintomatologia e o impacto que provocam no funcionamento global da pessoa, torna necessário que o tratamento seja sintomático e multidimensional. Para tal, é necessária a atuação de uma equipa multidisciplinar capaz de disponibilizar cuidados de saúde primários e secundários (Robinson e Bergen, 2021; Saraiva e Cerejeira, 2018).

No desenho do plano de tratamento para esta condição é crucial ter em conta toda a história clínica da pessoa, a qual inclui fatores pessoais, familiares e sociais e o exame do estado mental. Tudo isto representa uma forte influência no tratamento, bem como no acompanhamento de cada paciente (Saraiva e Cerejeira, 2018). Como em qualquer intervenção psicológica, em qualquer quadro clínico e para formular e implementar o plano terapêutico, é crucial o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o paciente e a sua família e/ou cuidadores, sendo de extrema importância ter em consideração a fase da doença, situações clínicas específicas, bem como o local mais adequado para a situação em específico da pessoa (Saraiva e Cerejeira, 2018).

Uma abordagem psicoterapêutica como parte do tratamento na esquizofrenia tem diversas finalidades, nomeadamente: manter o vínculo com a realidade; restabelecer a habilidade do autocuidado; preservar a máxima autonomia, fomentando um ajustamento pessoal, psicológico e social; reduzir o isolamento; identificar e mitigar a ameaça inerente aos eventos da vida; auxiliar na consciencialização sobre as suas próprias limitações, bem como dos recursos disponíveis, facilitando assim a descoberta e realização do seu potencial; contribuir para a aceitação das suas limitações; fortalecer as defesas perante situações causadoras de *stress*, encontrando alternativas para a resolução dos problemas; restaurar e promover a autoestima, autoimagem e autoconfiança, possibilitando, dessa forma, um avanço contínuo e um forte incentivo para a independência e para a realização das AVD (Bruscato, 1998, citado por Shirakawa, 2000).

Durante o processo psicoterapêutico, podem realizar-se sessões individuais ou em grupo. No caso das sessões individuais, é crucial priorizar o suporte, especialmente para aqueles que enfrentam desafios específicos e necessitam de auxílio para melhorar a sua qualidade de vida. As sessões de terapia em grupo devem ser orientadas por um terapeuta que adote uma postura ativa e monitorize o ambiente do grupo, procurando incentivar a comunicação e promover a coesão grupal, bem como dar suporte e proteção (Shirakawa, 2000).

O tratamento psicoterapêutico deverá sempre integrar o procedimento, visando a diminuição dos sintomas, a prevenção de recaídas e a reinstitucionalização. Durante os períodos de crise, os doentes podem ser submetidos a internamento como uma medida de proteção (Shirakawa, 2000). Por este motivo, na intervenção com estes utentes é fundamental inserir a terapia farmacológica, uma vez que esta desempenha um papel central num plano de tratamento abrangente, sendo essencial para viabilizar a abordagem psicossocial. Contudo, ambas as abordagens se complementam, fortalecendo, assim, a eficácia do tratamento (Saraiva e Cerejeira, 2018).

De ressaltar que cerca de metade das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia apresentam melhorias significativas, mostrando, assim, que a remissão funcional é uma possibilidade. A remissão parcial ou completa pode dever-se a variáveis como a condição socioeconómica e ao meio em que a pessoa está inserida, mas também o processo de internamento e tratamento, apesar das limitações existentes, é um preditor de uma boa evolução do estado clínico da pessoa. Não obstante, as intervenções de reabilitação surgem como um forte complemento para a remissão da doença (Vita e Barlati, 2018).

Assim, uma abordagem multidisciplinar que inclua a terapêutica farmacológica, intervenções psicossociais e que tenha em conta aspetos sociais e ambientais pode ser um fator positivo no curso da doença (Vita e Barlati, 2018).

Os fundamentos da reabilitação aplicam-se a todas as doenças psiquiátricas, mas com diferentes particularidades que variam entre cada uma delas. No caso das pessoas com esquizofrenia, destacam-se dois níveis: a) psicose funcional como uma doença de evolução prolongada ou crónica. Para uma compreensão mais completa da doença, é importante definir três dimensões, nomeadamente, o diagnóstico, duração e gravidade/incapacidade; b) pacientes em longo período de internamento que abrange dois tipos de populações: os “velhos crónicos”, i.e., pacientes com hospitalizações superiores a 5 anos, e os “novos crónicos”, ou seja, pacientes com hospitalizações de até 5 anos ou múltiplas hospitalizações que totalizam o mesmo período (Santos, 2000).

Esta perturbação é uma das doenças mentais graves mais comuns e, atualmente, é reconhecida como uma prioridade nas estratégias de saúde devido às limitações funcionais inerentes e à ocorrência precoce de mortalidade (Queirós et al, 2019). Dada a natureza das dificuldades no funcionamento social associadas à esquizofrenia, a prática de habilidades sociais usando *roleplays* e modelagem é frequentemente utilizada. É ainda crucial o treino de AVD, como o autocuidado, tarefas domésticas, gestão financeira e adesão à medicação. As práticas regulares de todas estas atividades têm demonstrado resultados bastante favoráveis quando comparados com a terapia ocupacional (Santos, 2000). É fundamental compreender que tais programas são baseados em modelos de aprendizagem e os défices cognitivos afetam consideravelmente a aprendizagem de novas competências e informações. Importa referir que o benefício desses programas depende, em grande parte, do grau de défice dos indivíduos. Recorrer a estratégias compensatórias, como tomar notas e revê-las ou o treino de habilidades cognitivas representam um forte contributo na redução das consequências da esquizofrenia (Monteiro e Louzã, 2007).

3. Perturbação Esquizoafetiva

No final do século XIX e início do século XX, Emil Kraepelin propôs uma dicotomia diagnóstica que exerceu uma influência duradoura no campo da Psiquiatria e da classificação e diagnóstico das perturbações mentais até aos dias de hoje. A teoria

centrava-se numa divisão fundamental entre duas categorias principais de doenças mentais: a demência precoce (atualmente conhecida como esquizofrenia) e a perturbação maníaco-depressiva (denominada atualmente por perturbação bipolar). A demência precoce era descrita como um grupo de perturbações caracterizadas por uma deterioração progressiva da função mental, incluindo sintomas como alucinações, delírios, pensamento desorganizado e deficiência cognitiva, enfatizando a sua cronicidade e a deterioração irreversível associada. Por sua vez, a perturbação maníaco-depressiva era caracterizada por episódios de humor alterado, incluindo mania e depressão, sendo que Kraepelin reconheceu a natureza episódica dessas perturbações, com períodos de humor elevado (i.e., mania), alternados com períodos de humor deprimido (i.e., depressão). No entanto, ao longo do tempo, esta abordagem binária foi desafiada por evidências de sobreposição de sintomas e uma continuidade entre as perturbações mentais (Fusar-Poli et al., 2013; Insel et al., 2010; Kendler, 2015).

Kasanin acabou por cunhar o termo “psicose esquizoafetiva aguda” ou “perturbação esquizoafetiva” ao notar em evidências clínicas que algumas pessoas com perturbação psicótica dominante também experienciavam sintomas afetivos ou episódios afetivos. O conceito de continuidade entre as duas perturbações supramencionadas, incluindo a perturbação esquizoafetiva num intermédio entre elas, tem sido debatido por outros autores ao longo do tempo, todos eles tendo também por base evidências clínicas e genéticas. No entanto, o estabelecimento de limites entre os papéis ambientais e genéticos dessas perturbações são uma tarefa desafiante devido aos possíveis fatores que as desencadeiam, existindo evidências que sugerem a independência entre as perturbações e outros indicando uma possível correlação (Quarantini et al., 2005). Estas divergências consensuais levaram a revisões e reformulações constantes de classificação, como é o caso do DSM (APA, 2022) e a CID (WHO, 2022).

A perturbação esquizoafetiva (PSZA) define-se, portanto, por uma condição complexa combinada pela existência de sintomas psicóticos típicos da esquizofrenia, bem como manifestações afetivas que se caracterizam por episódios maníacos ou depressivos (Souto et al., 2021). O diagnóstico da perturbação está associado a uma função pré-mórbida, com sintomatologia menos intensa que a esquizofrenia, bem como uma duração da doença mais curta e uma recuperação mais eficaz. Ainda assim, o diagnóstico permanece controverso devido à sua baixa confiabilidade, baixa estabilidade e fraca validade (Florentin et al., 2023; Gonçalves et al., 2022). Esta baixa confiabilidade segue da comparação com os seus diagnósticos diferenciais, e apesar de toda a controvérsia em

torno da necessidade de o diagnóstico esquizoafetivo ser visto como uma categoria nosológica independente, o DSM (APA, 2022) manteve o diagnóstico como tal, dada a ausência de informação clínica que apoie uma nova conceitualização do diagnóstico (Florentin et al., 2023).

Segundo o DSM-V-TR (a versão mais recente do DSM; APA, 2022), os critérios para diagnóstico da perturbação esquizoafetiva incluem: a) período contínuo da perturbação durante o qual há um episódio de humor maior (i.e., sendo maníaco ou depressivo com humor deprimido); b) delírios ou alucinações por duas ou mais semanas na ausência de um episódio de humor maior durante todo o percurso da perturbação; c) os sintomas que preenchem os critérios para episódio de humor maior devem estar presentes na maioria da duração total das frações ativas e residuais da doença; d) a perturbação não é atribuível aos efeitos de uma substância ou outra condição médica. Existem ainda algumas especificidades dentro deste diagnóstico, que se subdividem em tipo bipolar (i.e., aplica-se quando a maioria dos episódios são maníacos) e tipo depressivo (i.e., aplica-se quando a maioria dos episódios são depressivos).

Ainda segundo o DSM-V-TR (APA, 2022), o diagnóstico também se diferencia pelos seus episódios e pela severidade da perturbação. Existem primeiros episódios que se consideram agudos (i.e., um período em que os critérios sintomáticos surgem por completo), em remissão parcial (i.e., um período em que existe uma melhoria após um episódio anterior e, portanto, os critérios apenas se verificam pela metade), remissão total (i.e., período após um episódio anterior em que sintomas específicos da perturbação estão presentes), múltiplos episódios agudos (i.e., mínimo de dois episódios após uma remissão, uma remissão e o mínimo de uma recaída), múltiplos episódios em remissão parcial, múltiplos episódios em remissão total e por fim, o contínuo (i.e., sintomas que se mantêm durante a maior parte do período da perturbação que se conjugam com períodos em que há sintomas relacionais com a perturbação). Em relação à severidade, é medida pela quantidade de sintomas psicóticos primários (i.e., alucinações, delírios, pensamento desorganizado, comportamento psicomotor anormal), analisados em questionário específico numa escala de 0 a 4, em que o 4 representa a presença severa de sintomas (APA, 2022; Allardyce et al., 2018; Murru e Carpiniello, 2018).

Importa referir a dificuldade do diagnóstico da PSZA. Houve quem pedisse a remoção do diagnóstico do DSM-V devido à falta de fiabilidade. As razões que motivaram tais revisões passam pelos critérios de diagnóstico que, na sua grande maioria, são partilhados por outras perturbações (Wy e Saadabadi, 2019).

A perturbação esquizoafetiva é uma das perturbações psiquiátricas mais mal diagnosticadas na prática clínica. De facto, alguns investigadores propuseram revisões dos critérios de diagnóstico e outros sugeriram a remoção total do diagnóstico do DSM-5. Houve preocupações significativas quanto à fiabilidade e utilidade do diagnóstico quando foi introduzido pela primeira vez no DSM. Os desafios residem nos próprios critérios de diagnóstico, uma vez que a perturbação faz parte de um espectro que partilha critérios com muitas outras perturbações psiquiátricas importantes encontradas na prática clínica.

Tal como o diagnóstico e a própria definição da perturbação esquizoafetiva, a sua epidemiologia é também completa e continua a ser objeto de estudo e debate na comunidade científica. No entanto, é possível aferir que a prevalência varia de acordo com os critérios diagnósticos utilizados e as populações em estudo, sugerindo que a mesma é mais baixa (i.e., 0,5% a 0,8%) que a prevalência da esquizofrenia e da perturbação bipolar, mas igualmente significativa (Fountoulakis et al., 2019). A prevalência entre sexos é bastante igualitária, embora alguns estudos sugiram uma ligeira predominância em mulheres (Correll et al., 2018). Quanto à idade de início, estudos indicam que a perturbação esquizoafetiva se manifesta, geralmente, na idade jovem adulta, com idade média de início em torno dos 20 anos (Yung et al., 2020). Esta perturbação ocorre muitas vezes com comorbidades psiquiátricas tais como as perturbações de ansiedade e as perturbações de personalidade. Para além disso, alguns fatores de risco são identificados, incluindo o histórico familiar de perturbações psiquiátricas, eventos stressantes e a exposição a substâncias psicoativas (Tandon et al., 2013).

O curso da perturbação esquizoafetiva varia, mas geralmente são mais frequentes as caracterizações por episódios recorrentes de sintomas psicóticos e de humor, alternando entre períodos de remissão e recaída. O prognóstico é também variável: alguns indivíduos conseguem recuperar e outros acabam por sofrer incapacitação permanente. Contudo, pode evoluir e, portanto, existe a necessidade de concretizar reavaliações constantes. A identificação precoce e o tratamento adequado são, portanto, cruciais para obter melhores resultados a longo prazo (Florentin et al., 2023; Malaspina et al., 2013).

O tratamento, geralmente, envolve uma combinação de medicamentos psicotrópicos, incluindo estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos, bem como a psicoterapia e o apoio psicossocial. No entanto, a eficácia destas abordagens pode variar entre indivíduos, por isso a investigação de estratégias mais eficazes e

personalizadas deve ser constante ao longo do tempo (Howes et al., 2017; Souto et al., 2021).

Um estudo realizado por Souto et al. (2021) revela que a clozapina, aparentemente, pode ser uma terapêutica bastante funcional na redução dos sintomas afetivos e psicóticos. Contudo, e como referido anteriormente, o diagnóstico é ainda muito dúbio e, por tal, ainda não existem estudos suficientes que comprovem a eficácia total do referido medicamento.

Assim, um tratamento possível para a PSZA do tipo depressivo pode passar pela junção de antipsicóticos, como a clozapina, e antidepressivos. No entanto, na PSZA do tipo bipolar, poderá já não ser tão razoável o uso de antidepressivos, mas sim de estabilizadores de humor, principalmente nos casos onde sintomas de irritabilidade ou agressividade se manifestem mais (Schnitzer, Beckmann e Freudenreich, 2020).

4. Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

A Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) tem vindo a ser compreendida e categorizada ao longo do tempo, à medida que a ciência e a medicina foram evoluindo, tendo apenas sido reconhecida como condição clínica e objeto de estudo há algumas décadas. Mais recentemente, a designação atual de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) tem sido utilizada em substituição das anteriores terminologias (e.g., Atraso Mental, Retardamento Mental, Deficiência Mental), pelo estigma associado às terminologias e o impacto que estas podem ter na sociedade, dado que eram pouco integrativas e pouco imparciais (Palha et al., 2016; Salvador-Carulla e Bertelli, 2007; Sanches-Ferreira et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO; 2022), a PDI é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices significativos em várias áreas de desenvolvimento, tais como o funcionamento intelectual e adaptativo que afetam a autonomia do indivíduo. Não obstante, dada a ausência de consenso entre as terminologias utilizadas para a perturbação, existe uma consequente ausência de consenso nas organizações para as diretrizes seguidas na definição, diagnóstico e classificação da doença (Bakken et al., 2022; Ungurean, 2021).

Ainda assim, existe consenso em alguns pontos cruciais para o entendimento da PDI: a) entende-se por um desvio da normalidade intelectual dado que existe um desenvolvimento intelectual escasso; b) este desenvolvimento intelectual insuficiente afeta a cognição, a linguagem, o desenvolvimento motor e o desenvolvimento social; c) é uma limitação do funcionamento intelectual e adaptativo, o que inclui as capacidades motoras, sociais e de linguagem (Burack et al., 2021; Ungurean, 2021)

De um modo geral, é necessário reunir a história clínica da pessoa, o seu nível de capacidade intelectual e de função adaptativa para realizar o diagnóstico. Ambos os níveis de funcionamento são avaliados de forma individual com testes padronizados (Patel et al., 2020).

De forma a encontrar consenso no que concerne aos critérios classificativos da perturbação, foram tidos em conta os existentes no DSM-V-TR (APA, 2022), no CID-11 (WHO, 2022) e os conceitos já propostos pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2024). Para a formulação do diagnóstico de PDI, são necessários três critérios: a) défice nas funções intelectuais tais como o raciocínio, resolução de problemas, pensamento abstrato, planeamento, julgamento e aprendizagens baseadas na experiência e a nível académico, sendo que este défice requer também um défice cognitivo de dois ou mais desvios-padrão no Quociente de Inteligência (QI) relativamente à idade e grupo cultural, o que corresponde a um QI igual ou inferior a 70; b) défice no funcionamento adaptativo, afetando o desempenho em um ou mais aspetos da vida diária, tais como a comunicação, integração social, o exercício escolar ou laboral e a própria autonomia do indivíduo; c) início da perturbação durante o período de desenvolvimento, i.e., desde o nascimento até aos dezoito anos (APA, 2022).

A PDI pode variar na sua gravidade, sendo por isso classificada em quatro categorias baseadas no grau de impacto intelectual e adaptativo do indivíduo, e não apenas nos valores de QI: ligeiro, moderado, grave e profundo. São tidos em conta os défices cognitivos e adaptativos que afetam o domínio conceptual (i.e., memória, linguagem, leitura, escrita, resolução de problemas, etc.), social (i.e., empatia, comunicação interpessoal, relações afetivas, etc.) e prático (autocuidado, responsabilidades e organização ao nível profissional, gestão de comportamento, etc.; APA, 2022; Patel et al., 2020).

Para se categorizar um indivíduo com PDI ligeira, a nível conceptual podem não existir diferenças evidentes em idade pré-escolar, mas em idade escolar e durante a vida adulta podem surgir dificuldades de aprendizagem que se manifestam nas competências

académicas (e.g., leitura, escrita, matemática), podendo ser necessário apoio para acompanhar o expectável para a idade. Já em idade adulta, podem verificar-se défices no pensamento abstrato e em funções de carácter executivo (e.g., elaboração de estratégias, definição de prioridades, flexibilidade cognitiva e planeamento), as dificuldades que surgiram em idade escolar intensificam e surgem dificuldades relativas à memória que apenas funciona a curto-prazo (APA, 2022). A nível social, existem baixos níveis de interação social e análise social, baixa compreensão do risco em interações sociais, dificuldades na regulação das emoções e comportamento, bem como uma comunicação e linguagem concreta e imatura comparativamente a indivíduos da mesma idade. A nível prático, apesar de existirem cuidados pessoais adequados para a idade, há a necessidade de apoio ao nível das tarefas complexas da vida diária (i.e., compras, transportes, preparação de alimentos, organização da casa e do dinheiro), o que depois se arrasta para a vida adulta, necessitando de apoio em termos profissionais, de saúde e na criação de família (APA, 2022).

Na PDI moderada, a nível conceptual existem progressivas discrepâncias em comparação com os pares. Em idades pré-escolar e escolar, o desenvolvimento das competências da linguagem, da leitura, escrita e matemática é mais lento, notando-se uma visível limitação que transcende para o futuro na vida adulta, em que as competências académicas não ultrapassam o nível elementar e é necessário apoio para as conseguir aplicar na vida profissional e pessoal. A nível social, a linguagem é menos complexa do que a dos pares, ainda assim, a capacidade de relacionamento social é boa. Não obstante, surgem dificuldades na compreensão e análise social, na tomada de decisões e na capacidade de julgamento. Por fim, a nível prático o indivíduo na vida adulta é apto para realizar atividades que envolvem a higiene pessoal, a alimentação e o vestuário ainda que requeira algum tempo de aprendizagem para a autonomia. No que diz respeito à autonomia profissional, desde que obtenha apoio de colegas e supervisores para gerir expectativas e complexidades laborais, é possível consegui-lo desde que as capacidades necessárias sejam limitadas ao nível comunicativo e conceptual (APA, 2022).

Na PDI grave, há uma aquisição bastante limitada das capacidades conceptuais, tais como a dificuldade de compreensão linguística escrita ou outras vertentes que envolvam números, o que requer um apoio definitivo e permanente para resolução de problemas ao longo da vida adulta. A nível social, existe uma linguagem limitada gramatical e lexicalmente, sendo que o discurso se resume a palavras ou frases simples e baseia-se apenas em eventos diários da sua vida. A nível prático, é necessária supervisão

em várias atividades diárias (i.e., alimentação, vestuário, higiene pessoal), dado que existe incapacidade na tomada de decisões e que pode afetar o bem-estar pessoal e dos outros. Os comportamentos são, portanto, desajustados e englobam a autoagressão, apesar de ser apenas numa minoria significativa (APA, 2022).

Na PDI profunda, assume-se o nível extremo de gravidade da perturbação. Conceptualmente, o indivíduo pode vir a ter alterações sensoriais e motoras que dificultam a utilização funcional de objetos para cuidado pessoal, profissional e de lazer. A nível social, a comunicação é bastante limitada aos simbolismos na fala e no gesto, e, portanto, pode conseguir expressar emoções e desejos através da comunicação não-verbal. Os relacionamentos sociais são satisfatórios ainda que apenas se responda a interações através de pistas gestuais. Por fim, a nível prático há uma dependência total dos outros para os cuidados pessoais, de saúde e de segurança. As atividades profissionais podem basear-se em ações simples desde que existam recursos e apoios constantes (APA, 2022).

Dentro de todas as perturbações do neurodesenvolvimento, a PDI é considerada a mais preocupante e delicada tendo em conta o seu diagnóstico, intervenção e prognóstico. Visto que é uma condição que tem origem e afeta maioritariamente o Sistema Nervoso Central (SNC), o diagnóstico só pode ser realizado por especialistas em neurodesenvolvimento, através de testes individuais e padronizados, que tenham validade psicométrica e que se baseiam na avaliação do funcionamento intelectual e adaptativo (Palha et al., 2016; Patel et al., 2020).

Existe uma complexidade de fatores que poderão estar na causa da PDI, porém centram-se maioritariamente em fatores ambientais, genéticos, pré-natais, interações complexas entre vários dos mencionados fatores (McGrath et al., 2020), bem como fatores ainda desconhecidos (Palha et al., 2016). Dentro dos fatores ambientais dá-se destaque à escassa qualidade socioeconómica em ambientes familiares desfavorecidos, falta de acesso a cuidados de saúde adequados e recursos educacionais limitados (Gillberg, 2010) e à exposição a trauma ou abuso, i.e., trauma infantil, abuso físico, emocional ou sexual que pode afetar negativamente o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (Spataro et al., 2018). Dentro dos possíveis fatores genéticos, existe a Síndrome de Down (sendo esta a causa mais comum de PDI; American Academy of Pediatrics, 2020), a Síndrome do X Frágil (uma condição genética ligada ao cromossoma X, que é uma das principais causas de deficiência intelectual hereditária; Hagerman et al., 2017) e a Síndrome de Prader-Willi (uma perturbação genética que origina um baixo

tónus muscular, hipogonadismo, obesidade e atraso no desenvolvimento intelectual; Butler et al., 2020). Nos fatores pré-natais, a ênfase vai para a exposição a toxinas durante a gravidez (e.g., substâncias como álcool, drogas ilícitas e tabaco; Feldman et al., 2020) e complicações durante a gravidez e no parto (e.g., prematuridade, baixo peso ao nascimento, asfixia perinatal e infeções maternas; Gardosi et al., 2018). Tal como supramencionado, em muitos casos a causa específica da PDI não pode ser identificada e é classificada como idiopática (APA, 2022).

Devido à variedade de causas e apresentações clínicas, a epidemiologia da PDI é também complexa. Globalmente, estima-se uma prevalência da perturbação de aproximadamente 1 a 3% da população geral, com variações em diferentes regiões e contextos socioeconómicos (APA, 2022). Se for analisada em relação à sua gravidade, destaca-se a PDI leve, sendo a mais comum em comparação com as restantes categorias de gravidade e que afeta cerca de 85% a 90% da população que sofre desta perturbação (Durkin et al., 2017). A PDI é geralmente diagnosticada na infância, com sinais e sintomas geralmente evidentes antes dos 18 anos de idade. No entanto, não existem evidências de diferenças significativas na prevalência entre sexos (APA, 2022).

A causa da PDI, bem como a sua gravidade, capacidades cognitivas e o nível de função adaptativa depende de caso para caso e, por tal, requerem uma atenção especial no momento de realização do plano terapêutico. Nesse sentido, o profissional de saúde tem um papel fundamental em todo este processo (Patel et al., 2020).

A PDI pode ter um impacto significativo na vida das pessoas afetadas, bem como das suas famílias e cuidadores, pois inclui desafios no funcionamento académico, profissional, a necessidade de cuidados de saúde especializados e apoio contínuo ao longo da vida (Emmerson et al., 2020). O acesso a serviços de diagnóstico, intervenção precoce, educação especializada e apoio terapêutico pode variar amplamente entre diferentes regiões e os sistemas de saúde subjacentes, o que também pode influenciar no diagnóstico e manutenção da perturbação (Liu et al., 2020). No entanto, há estudos que mostram um aumento no diagnóstico de PDI ao longo do tempo, em parte devido a uma melhor compreensão da condição, maior consciencialização e também devido às mudanças nos critérios de diagnóstico (Bakken et al., 2022; Durkin et al., 2017; Patel et al., 2020).

5. Modelo de Intervenção – Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) é uma das teorias mais influentes da Psicologia Humanista, tendo sido desenvolvida por Carl Rogers na década de 1950, em reação às abordagens psicoterapêuticas mais tradicionalistas, tais como o behaviorismo e a Psicanálise, que eram caracterizadas pelos humanistas como abordagens mais negativas e apenas centradas nas perturbações. Para Rogers, era necessária uma abordagem que colocasse o indivíduo no centro do processo terapêutico, colocando maior ênfase nas suas capacidades inatas de crescimento e autorrealização, ao invés dos seus eventos traumáticos (Kirschenbaum e Jourdan, 2005; Rogers, 1957).

Para garantir que a pessoa fosse valorizada, a abordagem de Rogers levou a que se substituisse o conceito de “paciente” por “cliente”, não permitindo que o foco fosse o seu diagnóstico e as perturbações. Ao não considerar o diagnóstico importante, é conservada a essência do indivíduo e direcionada a importância para a qualidade da relação que provoca a mudança (Cain, 2012; Messias e Curty, 2006).

O foco da sua abordagem consiste na alteração progressiva da importância atribuída, i.e., ao invés de o foco estar na técnica da reformulação, ser atribuída a atitudes de compreensão empática, mostrando a congruência do terapeuta e a aceitação para com o cliente, que por sua vez se reflete na confiança das suas capacidades e que irá gerar uma valorização do potencial terapêutico a retirar dessa relação entre cliente e terapeuta. Tendo por objetivo o sucesso terapêutico, Rogers estrutura esta “orientação não-diretiva em terapia”, em que o pressuposto se centra na capacidade da pessoa para a resolução dos seus problemas e na procura da evolução pessoal (Feist et al., 2015; Hipólito, 2011; Tudor e Worrall, 2006).

A hipótese abrangente de Rogers concentra-se, portanto, no contacto psicológico entre duas pessoas, em que há uma pessoa congruente nesse contacto (i.e., terapeuta), que aceita incondicionalmente o cliente e compreende-o empaticamente, e outra pessoa vulnerável (i.e., cliente), que se apercebe dessa congruência, compreensão e aceitação e se permite à mudança terapêutica (Hipólito, 2011).

Segundo Rogers (1957), a abordagem centrada na pessoa baseia-se em três pilares fundamentais: a tendência atualizante, a não-diretividade e as seis condições necessárias para ocorrer mudança terapêutica.

A tendência atualizante surge como o primeiro pilar fundamental para a abordagem centrada na pessoa, e refere-se à capacidade de reorganização ou reestruturação das potencialidades do indivíduo em função das suas experiências, desde que certas condições se verifiquem. Para Rogers, as condições facilitadoras deste

processo passam pela tendência à atualização orgânica na sua totalidade, em que se englobam todas as funções físicas e experienciais, e todas essas potencialidades são uma constante de desenvolvimento inata ao ser humano que asseguram o enriquecimento do indivíduo tendo em conta todas as possibilidades e limitações (Hipólito, 2011; Telles et al., 2014).

No que concerne ao segundo pilar da abordagem centrada na pessoa, a não-diretividade é um contínuo da tendência atualizante, i.e., tem como base a confiança que o terapeuta deposita na capacidade de atualização das potencialidades do indivíduo por si só. Implica a sua própria motivação, e a certeza de que se conseguem encontrar respostas para o seu problema com o mínimo de interferências possíveis do terapeuta, assumindo uma postura neutra e imparcial no processo e permitindo ao indivíduo ter rédea no rumo da sessão. Assim, é priorizado o crescimento pessoal e centralizado o foco na pessoa e não no problema (Cury et al., 2012; Hipólito, 2011).

Por fim, o último pilar da abordagem desenvolvida por Rogers são as seis condições necessárias para a mudança terapêutica, que provém essencialmente da atitude do terapeuta. Tal como referido anteriormente, a primeira condição é o estabelecimento de relação terapêutica entre cliente e terapeuta (Hipólito, 2011). A incongruência percebida surge como segunda condição, em que o cliente está ciente de uma discrepância significativa entre as suas experiências conscientes e o seu autoconceito, o que se reflete em vulnerabilidade no cliente (Hipólito, 2011). A terceira condição é dirigida à congruência terapêutica, sendo ela a capacidade do terapeuta em mostrar abertura, transparência e congruência em relação aos seus próprios sentimentos, pensamentos e reações durante a sessão terapêutica, mostrando-se livre de julgamentos (Hill e Knox, 2021; Hipólito, 2011). A quarta condição diz respeito à aceitação incondicional e positiva do cliente por parte do terapeuta, em que o mesmo fornece um ambiente seguro e livre de julgamento para que o cliente se sinta livre para explorar os seus pensamentos, sentimentos e experiências sem medo da crítica ou rejeição (Farber, 2007; Hipólito, 2011). A quinta condição trata-se da compreensão empática, em que o terapeuta demonstra empatia genuína e compreensão pelos quadros de referência interna do cliente. Isto envolve a capacidade de se colocar no lugar do cliente, compreender as suas experiências e emoções, e comunicar essa compreensão de forma que seja percebida como autêntica pelo cliente (Hipólito, 2011). Por fim, a última condição diz respeito à percepção do cliente acerca da aceitação incondicional, a empatia e a congruência presentes no terapeuta, i.e., é importante que o cliente perceba e experiencie as condições

acima descritas para a criação de um ambiente terapêutico seguro e para a facilitação da abertura por parte do cliente (Hipólito, 2011; Rogers, 1957).

Estabelecidas as diretrizes que fomentam a abordagem centrada na pessoa, é crucial o aprofundamento de algumas das condições anteriormente referidas. Segundo a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo, que aborda o desenvolvimento humano baseado na abordagem de Rogers, a tendência formativa ou, como Hipólito (2011) designa, “tendência à complexificação” (p. 32) é inata ao ser humano, e ao longo do seu desenvolvimento, vai desenvolver capacidades específicas que conduzem à tendência atualizante ou, segundo Hipólito (2011) “tendência à hipercomplexificação” (p.32) e, por sua vez, permitem a sua evolução. Contudo, no decorrer deste desenvolvimento, o bebé pode passar por traumas biológicos, sociais e/ou psicológicos que podem, eventualmente, afetar as suas potencialidades inatas e, conseqüentemente, a capacidade de se atualizar e evoluir ao longo do tempo, afetando também a diferenciação entre o seu autoconceito real e o desejado (Hipólito, 2011; Leal, 2018).

Há também a tendência à autorrealização, que explicita que, para um desenvolvimento saudável, o indivíduo deve evoluir consoante o caminho traçado pela sua própria natureza, de forma a desenvolver-se até ao fim da vida. Ainda que estes traumas possam surgir, o indivíduo é dotado de controlo interno, sem a intervenção de quaisquer fatores externos (Hipólito, 2011).

Com efeito, a tendência atualizante é um processo contínuo mesmo depois do nascimento, o que permite ao bebé entender as fronteiras do *self* orgânico para possibilitar a distinção e identificação do mundo exterior. Desenvolve, portanto, a perceção dos outros como externos e diferentes de si. Segundo Hipólito (2011) o *self* orgânico pode ser entendido como: “o bebé simbolizando a totalidade das suas experiências: o bebé não sente tristeza, ele é a tristeza; o bebé é cada uma das suas experiências na relação com o mundo que o envolve. Podemos dizer que existe uma integração plena de tudo o que experiencia” (p.152).

As condições de valor desenvolvem-se a partir dos oito meses, momento em que o bebé começa a perceber o “outro significativo” e o “não significativo”. É nesta fase que o vínculo se torna mais evidente para o bebé, permitindo reconhecer a necessidade e dependência do amor pela mãe. Conseqüentemente, essa dependência cria no bebé uma necessidade de submissão com o objetivo de não perder o seu pilar. Para tal, a sua visão deve ser concomitante com as condições de valor da mãe (Hipólito, 2011).

Esta submissão gera no bebê uma dissociação entre os seus sentimentos e o simbolismo no seu campo perceptivo. Tal dissociação transporta-se para o *self* real ou percebido “utilizando uma terminologia mais precisa” (p.155) (i.e., a forma como a criança se percebe a si mesma) e ideal ou desejado, tal como refere Hipólito (i.e., a forma como a criança desejaria ser), bem como o *locus* de controlo interno (i.e., a experiência pessoal da criança) e o *locus* de controlo externo (i.e., as atitudes externas à criança). Entre os quatro e os oito anos, é desenvolvida a capacidade de distinção entre o real e o imaginário, e para que o desenvolvimento seja constante e saudável, as condições de atualização devem surgir em consequência dos traumas. Em contrapartida, os sintomas devem-se à própria exteriorização biopsicossocial destes traumas, o que pode afetar a distinção supramencionada entre o real e o imaginário. Estes sintomas são uma tentativa de manter o equilíbrio. A existência de um desenvolvimento pleno implica a não existência de traumas e sintomas, uma ótima atualização das suas potencialidades, bem como a inexistência de distância entre o *self* organísmico, o *self* percebido e o *self* desejado (Hipólito, 2011).

PARTE II – ATIVIDADES DE ESTÁGIO

1. Objetivos

1.1. Objetivos Gerais

As competências e atitudes necessárias no exercício do estágio curricular são definidas, em parte, através de objetivos gerais. Um dos primeiros objetivos cingiu-se à aplicação e manuseamento dos conhecimentos teóricos e práticos apreendidos ao longo da licenciatura e mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento que se alinhassem com a Instituição e respetiva população-alvo. Não obstante, e constituindo-se o estágio curricular como um complemento a essa aprendizagem, no qual tais conhecimentos já adquiridos são postos em prática, pretendeu-se que o estágio fosse ele também uma fonte rica em conhecimento basilar ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Os objetivos gerais estipulados passaram por conhecer a ética e funcionamento da Instituição, considerando-se sempre em paralelo a ética e deontologia da prática na Psicologia Clínica. Para o exercício clínico foi também crucial conhecer e compreender o papel e função do psicólogo clínico na Instituição e, mais concretamente, na reabilitação psiquiátrica. Deste modo, foi necessário perceber o compromisso terapêutico, o nível de participação e proatividade em diversas atividades, tais como nas reuniões comunitárias, reuniões de equipa e reuniões com familiares e emergências.

1.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos dizem respeito às competências necessárias para o exercício da profissão de psicólogo clínico. Considerando a função do psicólogo clínico na Instituição do presente estágio, revelou-se pertinente estabelecer objetivos específicos para as reuniões de equipa, dinâmicas de grupo, acompanhamentos individuais, e avaliações psicológicas.

As reuniões de equipa e reuniões comunitárias pautam-se pelo dinamismo do psicólogo clínico, sendo, por isso, um dos objetivos específicos a aprendizagem de uma postura atenta e proativa assente na partilha de conteúdo relevante e no *feedback* objetivo e pertinente face às partilhas dos membros da equipa. Relativamente às dinâmicas de

grupo, esperava-se da minha parte uma atitude cordial e profissional para com os profissionais de saúde e para com os utentes, assente na empatia e no não julgamento. Era igualmente esperado a transmissão de informação de forma clara e objetiva e a atenção igualmente distribuída por todos os membros, considerando sempre as dificuldades e problemáticas de cada um.

Dos acompanhamentos individuais era objetivo específico o ganho de experiência na elaboração da anamnese, gestão de tempo de consulta e construção de uma história clínica. Esperava-se também que fosse possível aprimorar as competências de escuta ativa e empatia, para assim construir e desenvolver uma aliança terapêutica adequada. De igual modo, era esperado que desenvolvesse capacidades de seleção e recolha de informação pertinente para o trabalho terapêutico e que, colaborativamente com o utente, desenhasse objetivos terapêuticos específicos, concretos e exequíveis.

No que diz respeito à avaliação psicológica, foi necessário conhecimento acerca da condução de uma entrevista clínica a fim de compreender qual a avaliação a ser realizada. Esperava-se a aplicação e compreensão de instrumentos de avaliação psicológica, nomeadamente a Escala de Inteligência de *Wechsler* para Adultos (WAIS-III; Wechsler, 2008), com conhecimento específico acerca da respetiva aplicação, cotação e interpretação dos resultados obtidos. No seguimento destes objetivos, era expectável a escrita de um relatório clínico com análise da hipótese de diagnóstico colocada *a priori*.

2. Atividades de Estágio

2.1. Observação de Consultas

Numa fase inicial do presente estágio, foi fundamental acompanhar o orientador do local de estágio nas suas consultas, considerando que este se concretiza como o primeiro contacto direto com a prática de um psicólogo clínico. Este período de contacto inicial com a prática clínica potencializou a consolidação da postura do psicólogo enquanto profissional clínico, e permitiu praticar o registo do comunicado no momento da consulta, bem como o exercício de recordar informação *a posteriori*. Foi, de facto, um momento muito crucial no meu desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que facilitou a compreensão da relação psicólogo-paciente e promoveu a observação em

detalhe da atitude do utente e a reação consequente do psicólogo, bem como do estilo específico de comunicação, interação e intervenção do psicólogo clínico.

2.2. Reuniões Comunitárias

Semanalmente decorrem reuniões comunitárias em todas as Unidades da Instituição, com o intuito de ser um espaço de abertura para os utentes e profissionais de saúde debaterem acerca dos principais desafios encontrados. Pretende ser um momento no qual os profissionais e utentes podem expressar-se abertamente quanto aos espaços da Instituição, ao ambiente instalado e às relações interpessoais, e, a partir de uma comunicação transparente e trabalho colaborativo, encontrar soluções para os problemas apresentados. Assim, o principal objetivo passa pelo diálogo, refletindo em conjunto sobre todas as questões debatidas com vista à obtenção de soluções práticas e eficazes.

2.3. Plano de Avaliação e Regulação de Alterações do Comportamento Agressivo

A formação “Plano de Avaliação e Regulação de Alterações do Comportamento Agressivo”, realizada na Instituição, teve como principal foco a antecipação e diagnóstico do risco e impedimento da escalada da agressividade. Neste contexto, tive a oportunidade de participar enquanto formanda e de compreender mais aprofundadamente a origem dos comportamentos violentos e agressivos. Nesta formação foram também abordados temas como as variáveis intervenientes no comportamento agressivo, uma vez que estas podem depender de fatores pessoais (e.g., diagnóstico, histórico de comportamentos agressivos/violentos), fatores ambientais (e.g., *bullying*) ou de fatores profissionais (e.g., satisfação profissional, relações interpessoais em contexto profissional) (Ferreira e Florindo, 2011).

Para uma correta abordagem e intervenção neste tipo de comportamentos, é importante prestar atenção a alguns sinais de alerta, nomeadamente, aumento do tom de voz, ameaças verbais, expressões faciais de zanga, comportamentos hostis, entre outros. Todos estes sinais correspondem a um estágio inicial do comportamento agressivo. A intervenção propriamente dita deve passar, numa primeira fase, pela aplicação de medidas preventivas onde são adotados mecanismos para evitar o potencial de agressividade, e, numa segunda fase, medidas antecipatórias onde se oferecem formas de reduzir a

potencial agressividade. Por fim, e em último caso, mantendo sempre uma conduta ética e havendo supervisão de equipas de saúde, a intervenção pode passar por uma fase de contenção, na qual é oferecida uma resposta ao comportamento hostil quando o mesmo ocorre.

É um tema ainda controverso, uma vez que há autores que atribuem fatores externos para a sua origem e há outros autores que afirmam que a agressividade é inata. Bandura, na sua Teoria da Aprendizagem Social (1977), defende que a agressividade não pode ser inata, uma vez que os comportamentos violentos não são espontâneos. , Defende, então, que esses mesmos comportamentos têm de ser aprendidos e treinados por modelos que os pratiquem, nomeadamente família e/ou cuidadores, para que sejam conseguidos. No fundo, parece existir um papel predominante do ambiente na regulação das respostas agressivas.

2.4. Congresso de Psiquiatria

A convite da instituição onde foi realizado o estágio, tive a oportunidade de estar presente num Congresso de Psiquiatria que ocorre anualmente. O foco principal do Congresso este ano foi a acessibilidade em saúde mental, ou seja, a melhor forma de incluir e integrar pessoas com doença mental. Para tal, foram apresentadas diversas intervenções de profissionais de saúde e alguns relatos de pessoas que passaram pelo processo de reabilitação psicossocial. No final de cada intervenção, criou-se um espaço livre para debate de ideias sobre os temas apresentados.

3. Apresentação e análise de casos

3.1. Acompanhamento Psicológico de “Carlos” – Caso I

Identificação Pessoal

Carlos (nome fictício atribuído) é um utente do sexo masculino com 46 anos de idade, atualmente solteiro. Tendo ambos os progenitores falecido, o seu familiar de referência é a tia paterna, com quem mantém uma relação cordial. No que respeita às suas

habilitações literárias e profissão, tem o 9.º ano de escolaridade pelo que os seus anteriores empregos foram na área da restauração e, ainda, enquanto estafeta e carteiro.

Dados de observação

Carlos apresentou uma estrutura morfológica e motricidade normais. O seu estado de nutrição é adequado, bem como os cuidados básicos. O seu vestuário é também apropriado e limpo.

Durante a entrevista clínica, a linguagem de Carlos foi perceptível, embora tenha apresentado um discurso verborreico. Mostrou-se colaborante e globalmente orientado. Apresentou-se vígil, sem alterações quantitativas e/ou qualitativas de consciência. Manteve-se consciente e calmo, demonstrando boa adesão à terapêutica. Notou-se a apresentação de afetos pouco ressonantes e um pensamento paranoide com ligeira fuga de ideias.

Foram ainda verificadas algumas alterações ao nível da atenção, nomeadamente a perda de raciocínio. No entanto, Carlos possui orientação no espaço e no tempo, auto e alo psiquicamente. Apresentou um humor eutímico e com contacto sintónico, bem como a ausência total de crítica para a doença e tratamento. Não apresentou qualquer indício de ideação suicida.

Motivo da Consulta

Em contexto de internamento, o utente chegou à consulta de Psicologia por encaminhamento da Psiquiatria, com o objetivo de trabalhar a própria aceitação da sua doença e do respetivo internamento.

Antecedentes Clínicos

Carlos tem sido acompanhado num hospital na região de Lisboa desde 2013, contando com um historial de internamentos por descompensação clínica ou psicopatológica devido a diversos abandonos da terapêutica pós-alta hospitalar. Possui um atestado multiusos de 80% de incapacidade.

Desde o falecimento da mãe, o seu estado de saúde agravou-se bastante, tendo decidido emigrar para Amsterdão, os Países Baixos, onde gastou todo o dinheiro que herdou da mãe.

Em abril de 2021, as autoridades judiciais e de saúde holandesas informaram o hospital português, que este estaria a residir em Amsterdão desde o verão de 2020. Teve um episódio de descompensação psicopatológica grave em Amsterdão, tendo sido reportado que o utente estava a caminhar na linha férrea de uma estação de comboios. Quando confrontado, ameaçou a polícia e os profissionais de saúde, tendo sido necessária a contenção do utente. Por este motivo, foi internado compulsivamente no país onde emigrava. No decorrer do internamento manteve-se sempre desorganizado, com ideação paranoide e agitação, com ausência de crítica para as alterações psicopatológicas. Surgiu ainda um incidente de agressão a um profissional de saúde durante o internamento.

Quando regressou dos Países Baixos, devido ao anterior e supramencionado internamento compulsivo, Carlos encontrava-se tenso e com um discurso dificilmente perceptível, não se podendo excluir atividade alucinatória. Foi pouco colaborante, hostil e ameaçador, com alguma agressividade latente.

Desde os 30 anos de idade que tem ataques de pânico e o motivo centra-se na perceção de que a polícia o estava a seguir constantemente, que os vizinhos o estavam a espiar, entre outras perceções paranoicas. Foram também essas as motivações para a rescisão de contratos nos vários empregos que teve ao longo dos anos.

Quando se encontra sob efeito da medicação é colaborante, porém, quando se abstém da mesma, torna-se muito agressivo.

Antecedentes Familiares

Aos 19 anos, Carlos perdeu a sua avó, vítima de septicémia. Mais tarde, aos 20 anos, perdeu também o seu avô, vítima de cancro no pâncreas. Em 2019, a sua mãe faleceu com cancro nos ovários, e, no ano seguinte, em 2020, faleceu também o seu pai com cancro nos pulmões. Portanto, o historial familiar é bastante vincado em doenças terminais.

Anamnese Biográfica e História Familiar

Carlos, segundo refere, teve uma adolescência feliz e sem quaisquer problemas. Deixou de estudar precocemente por falta de interesse nos estudos. Porém, o seu arrependimento nessa decisão levou a que terminasse anos mais tarde o 9.º ano. Tentou ainda tirar o 10.º ano, mas, devido à sobrecarga laboral e ao cansaço, acabou por desistir e não terminar o ensino.

Durante os seus tempos de escola, Carlos era uma pessoa sociável e acessível, convivendo com toda a gente. Relata ter memórias da sua juventude junto dos seus amigos, em particular das idas à praia que duravam até tarde para jogar futebol e dos jogos e as anedotas que contavam em grupo. Para Carlos são momentos que lhe trazem muita felicidade e nostalgia e, embora agora se sinta mais distanciado desses amigos, quando se reencontram, a amizade permanece intacta. Atualmente, considera existirem dificuldades ao nível das competências sociais no local onde está internado (“Aqui é que é diferente, desculpe lá dizer, mas são pessoas descompensadas. Não me identifico tanto”). No entanto, tenta manter a cortesia e dar-se bem com as pessoas que também estão na unidade. Nesta unidade, Carlos sente-se bem pelo facto de ser uma unidade de reabilitação, no entanto afirma “só quero sair daqui para ir trabalhar”.

Relativamente à sua família, Carlos define o pai como uma pessoa bastante acessível, mas muito pragmático, incentivando sempre o filho a lutar pelos seus objetivos. A mãe, em contrapartida, era mais conservadora e preferia que Carlos estudasse ao invés de trabalhar. Porém, nunca seguiu o seu conselho e manteve-se a trabalhar, desafiando as ideias da mãe. Refere que ambos os pais eram pessoas acolhedoras e boas na sua índole, sempre preocupados com o filho. Divorciaram-se quando Carlos tinha dois anos e, por esse motivo, não se recorda do processo de divórcio. Os fins-de-semana eram passados com o pai, e apesar de, inicialmente, não se sentir confortável pela ausência da mãe, acomodou-se e afirma ter sido muito feliz, “lembro-me que o meu pai me ofereceu a minha primeira bicicleta e um computador, o 48k”. Quando passava tempo com a mãe, brincavam muito, fosse a jogar batalha naval ou às cartas, tendo, por isso, memórias muito felizes.

Aos 17 anos desistiu dos estudos e, depois de esperar um ano para conseguir trabalhar, o pai ajudou-o a conseguir emprego nos Correios. Entretanto, foi à tropa e quando regressou, voltou a trabalhar nos Correios, local onde se manteve por três anos. Saiu após esse período por não ter conseguido passar para os quadros pelos seus estudos incompletos, e tornou-se estafeta a recibos verdes num laboratório de próteses dentárias. Refere ter adorado esse emprego e ter recebido uma remuneração alta pelas suas funções.

Nessa altura, alugou uma casa T2 a uma das suas primas, pagando 300€ por mês para viver sozinho. Foi a sua primeira vez a viver sozinho e refere que correu bem, pois ia às compras, fazia as suas refeições e tinha tudo organizado. No entanto, a mãe ia a sua casa ajudá-lo sempre que necessário.

Carlos teve uma relação amorosa no seu primeiro ciclo de ensino, e passados alguns anos voltaram a reencontrar-se, algo que não funcionou. Desde então, mantém-se entre casos ocasionais. Revela que sempre foi uma pessoa extrovertida, acessível, cordial para com os outros e dotado de muita autonomia.

Na sua adolescência, começou a consumir haxixe, justificando que era muito comum no meio onde se inseria, e, para além disso, também acreditava que lhe estimulava a criatividade para ser sociável com os seus amigos. Era costume juntarem-se após comprarem garrafas de cerveja e ficarem a conviver. Ainda assim, Carlos afirma que sempre foi um consumo moderado e que fez parte da sua juventude muito feliz. Atualmente revela sentir-se feliz e afirma que raramente se sentiu deprimido ou triste ao longo da vida.

A memória mais triste ocorreu aos 19 anos, altura em que a sua avó faleceu e logo no ano seguinte faleceu também o seu avô. Este avô também era carteiro e o Carlos queria que o mesmo tivesse orgulho em si e que o visse a trabalhar na mesma profissão. Afirma “fiquei triste... muito triste..., mas não fiquei deprimido atenção, só fiquei triste”. Refere ter sido doloroso por ter sido sempre muito próximo dos seus avós, tendo sido esse o seu quadro de referência desde muito cedo, pois passava muito tempo com eles e tinham uma relação boa, que lhe trouxe muitas memórias felizes.

A sua memória mais feliz remonta ao período em que tirou a sua carta de condução, dado que a viu como uma conquista marcante na sua vida e que lhe abriu portas à independência para trabalhar na área da distribuição, como desejava.

O Carlos já teve vários empregos, muitos deles sem contribuições para a Segurança Social. Já foi motorista da *uber* e *uber eats*, e entre 2016 e 2019 foi cuidador informal da sua mãe, que acabou por falecer em 2019, vítima de cancro nos ovários. Carlos acredita que a sua morte se deveu a negligência médica, pois deram-lhe alta em dezembro e ela acabou por falecer em janeiro.

O processo de luto da sua mãe foi fácil de assimilar, porque Carlos refere acreditar que a sua mãe não sentiu dor, o que lhe traz algum alívio. No entanto, sente que não se despediu como desejaria. Apesar de saber da falência de órgãos, omitia essa informação da sua mãe para evitar o seu sofrimento, e no seu último dia de vida, já não conseguia

comunicar com a mãe. Afirmar ter sido uma fase difícil na sua vida, altura em que procurou ajuda de um psiquiatra que lhe receitou medicação para dormir e diminuir a ansiedade. No que concerne à morte do pai, foi um processo ainda mais fácil pois conseguiu despedir-se propriamente. O hospital onde o pai estava ficava longe, e no dia em que Carlos decidiu ir visitá-lo, este faleceu.

O Carlos tem um irmão do lado paterno da família, para quem faz uma diferença de sete anos e com quem brincava muito quando eram novos. No entanto, este emigrou para Inglaterra após terminar o curso e acabaram por se afastar. O sonho do seu pai era poder juntar os seus dois filhos, algo impossível de concretizar pois o irmão era ausente.

Carlos afirma que sempre teve uma boa relação com os pais. Antes de o pai falecer, tinha a ajuda do mesmo e, logo após a sua morte, foi uma tia paterna que passou a ajudá-lo e à mãe. No entanto, Carlos tinha algumas zangas com a tia porque esta era muito poupada (“era uma sardinha para quatro”), mas afirma que atualmente a relação melhorou. Discutiam muito por questões financeiras, dado que tanto Carlos como a mãe eram fumadores frequentes - os 500€ que possuíam tinham de ser repartidos pelos dois. Como não tinham quaisquer ajudas financeiras por parte do Estado Português, era a tia quem ajudava financeiramente. Esta tia afirmava que Carlos gastava o dinheiro em coisas supérfluas, mas este contradiz “era só para tabaco e algumas coisas mais”.

Depois do falecimento da sua mãe em 2019, Carlos ficou sem a casa onde viviam. Pagavam uma renda antiga de cerca de 20€ durante toda a vida, e a dada altura o tribunal emitiu um documento que permitia que a casa ficasse para a mãe de Carlos e para ele. No entanto, afirma que durante o período em que esteve internado (embora não tenha referido internamentos anteriores), o senhorio entrou em casa dele e roubou esse documento, passando, portanto, nesse momento a ficar sem direito à sua casa de família. Era um pequeno T0 numa cave e, embora pequeno, era lá que tinha as memórias felizes vividas com a sua mãe.

É após a morte da mãe que Carlos emigra para os Países Baixos sozinho, afirmando que em Portugal não conseguia encontrar emprego. Replicando para a atualidade, afirma que quer voltar a viver nos Países Baixos pelo mesmo motivo. Enquanto viveu nos Países Baixos, Carlos trabalhava numa fábrica de ração animal, e para além desse emprego, apenas convivía com os seus colegas portugueses.

Segundo Carlos, o internamento atual ocorreu em junho porque, no dia em que aguardava por um amigo português, viu dois comboios na mesma linha e, pensando que iriam chocar, atravessou para o outro lado da mesma, e “eles pensaram que eu me queria

matar e internaram-me. Diziam que eu era esquizofrénico e que achava que tudo o que se passava lá era por minha causa, só porque às vezes eu falava português e eles não me percebiam. Eu tenho azar com os médicos”. Justificando esta sua versão, conta ainda que “eles iam mesmo na mesma linha, mas ninguém acreditou em mim. Os comboios não bateram porque estavam a travar, por estarem perto da estação. E antes de eles pararem eu atravesssei, foi uma reação”. Quando questionado acerca da reação das pessoas que estavam na mesma plataforma, Carlos afirma que “houve uma senhora ao meu lado que se assustou, mas não fez nada, o resto das pessoas estavam todas a mexer no telemóvel”. Neste dia foi para o hospital e logo após foi encaminhado para uma clínica nos Países Baixos, que mais tarde o transferiu para um hospital da região de Lisboa. A opinião dos médicos deste último hospital manteve-se, em relação aos diagnósticos anteriores, algo com o qual Carlos não concordava. Fez, então, várias avaliações psiquiátricas, mas não obtinha qualquer atualização referente ao seu diagnóstico, denotando nos médicos algum desconhecimento da perturbação que Carlos possuía. Afirma ainda que fez uma avaliação psicológica, em que lhe foram colocadas questões de cultura geral e lhe foi incutido que não tinha o diagnóstico que lhe fora atribuído e, por isso, não havia qualquer propósito no internamento.

Remontando ao período em que esteve nos Países Baixos, Carlos acredita que alguém se apoderou dos seus dados bancários, pois comprou uma viagem de avião em fevereiro para o amigo pelo qual aguardava na estação, e a aplicação onde fez a compra teve acesso aos seus dados. Este pensamento surge na sequência de afirmar que lhe roubaram um cartão no qual possuía nove mil euros (i.e., o dinheiro que herdou da sua mãe) e que, até hoje, não sabe onde está o dinheiro pois não lhe é permitido deslocar-se ao banco e a sua tia é atualmente tutora e a única com acesso a essa conta. Esta afirma que Carlos gastava 200€ por dia, mas, segundo o utente, ele apenas gastava dinheiro em comida e em coisas básicas do dia-a-dia. Refere que consome haxixe desde a adolescência, mas apenas ao fim-de-semana e em convívio com amigos, pois preferia não beber nem fumar durante a semana por saber que iria conduzir e não querer colocar a sua vida e a de outros em perigo.

Afirma ainda que, se esta situação não tivesse ocorrido, Carlos ainda estaria nos Países Baixos num abrigo, a procurar emprego onde recebesse a sua remuneração em dinheiro físico por não ter acesso ao seu cartão bancário. Refere que o amigo pelo qual esperou na estação ia emprestar-lhe dinheiro, “se não me tivesse faltado o dinheiro, eu ainda agora estava na Holanda, percebe? Tive azar. O médico é que me lixou a vida, não

sei porquê. Eu devia estar na Holanda a trabalhar e a juntar dinheiro”. Quando ficou sem dinheiro, parou de consumir haxixe e diz ter tido uma boa adaptação à abstinência por nunca ter sido dependente de quaisquer substâncias psicoativas.

Carlos acha que não tem qualquer perturbação, referindo “nunca tive nenhuma psicose, nunca tive nenhuma alucinação, não ouço vozes. Acho que foi um erro, uma precipitação do médico que diz que tenho uma incapacidade de 80%”. Por não entender o porquê deste diagnóstico, tenciona pedir uma segunda opinião, embora já o tenha pedido a vários médicos, mas não considera suficiente. Afirmar ainda que existe um médico que acredita que não se justifica o internamento compulsivo.

Atualmente, as pessoas mais próximas de si são a sua tia paterna que acabou por se tornar também sua tutora, alguns primos e dois amigos de infância. Estas pessoas forneceram opiniões relativamente ao seu internamento, sendo que os amigos acharam que o mesmo não se justificava, e a tia acabou por permitir o seu internamento por não querer assumir qualquer responsabilidade.

Carlos questiona repetidas vezes acerca do seu futuro na unidade, referindo “eu já ouvi pessoas a dizerem que eram para ficar 6 meses e ficaram 6 anos, eu não quero ficar 6 anos aqui”. Demonstra a sua preocupação acerca da reconstrução da sua vida, sentindo-se desamparado pois sabe que está parado enquanto estiver internado, o que lhe impossibilita de trabalhar e conseguir uma boa reforma para viver o resto da sua vida confortavelmente. O utente deseja reconstruir a sua vida, procurar um emprego e viver numa residência para que assim possa garantir o seu futuro.

Como referido anteriormente, Carlos pretende procurar uma segunda opinião acerca do seu diagnóstico, pois não acredita estar doente. Embora já tenha passado por diversos médicos, procura uma resposta igual àquela que recebeu do único médico que concordou consigo nessa opinião. Mais, afirma que o médico a exercer na unidade, não realizou qualquer avaliação para o seu diagnóstico e que apenas se dignou a seguir as indicações de outros médicos. Para além disso, e apesar de não acreditar neste diagnóstico, Carlos mantém a medicação e compromete-se com essa responsabilidade, pois refere que esta não surte qualquer efeito secundário. Revela ausência de ansiedade e que o seu diagnóstico apenas o preocupa durante as sessões pois é quando tem de abordar esse assunto.

Síntese das sessões

A primeira sessão de acompanhamento com Carlos constituiu-se bastante enriquecedora para a formulação da anamnese clínica. Uma vez que Carlos não entende a razão pela qual está internado, viu nas sessões uma oportunidade para ser ouvido e compreendido e que, no futuro, esta compreensão lhe permitisse sair do internamento. Por esse motivo, foi possível adquirir bastante informação para construir a história clínica e pessoal do utente que permitisse contextualizar a sua perturbação, sendo que o mesmo relatou os momentos cruciais da sua história de vida, desde a sua infância até à idade atual, bem como o seu historial clínico.

Nesta primeira sessão, foi abordado o tema do divórcio dos pais, bem como as memórias felizes que teve com a sua família na infância. Abordou a questão do abandono escolar e toda a sua vida profissional desde então. Após a morte da mãe, foi descrito nesta sessão todo o processo da ida para os Países Baixos, incluindo o episódio que levou ao internamento atual. A sua maior preocupação nesta sessão foi o seu futuro, pois como não trabalha, tem receio de não ter direito a uma reforma.

Na segunda sessão, o foco centrou-se, novamente, no episódio que levou ao internamento atual, onde explicou o mesmo de forma mais pormenorizada. Foram abordadas as suas incertezas acerca do diagnóstico que lhe fora atribuído, bem como a pouca credibilidade dada aos médicos que o diagnosticaram. Nesta sessão também foram discutidos os assuntos relativamente à adaptação em relação à medicação que toma e o seu compromisso com a mesma para o futuro. Neste sentido, o principal foco desta segunda sessão baseou-se na diminuição da angústia relativamente ao diagnóstico e processo terapêutico.

A terceira sessão iniciou-se com um debate acerca das suas novas tarefas na unidade onde se encontra (e.g., limpeza dos espaços comuns, recolher as refeições), bem como das atividades de ocupação de tempo. O Carlos mostrou algum desânimo, por considerar os seus dias aborrecidos e sem ocupação, e também pela possibilidade de ficar internado mais do que um ano. A preocupação acerca do seu diagnóstico surge novamente nesta sessão, bem como a introspeção acerca das decisões que tomou na sua infância. Foram debatidas algumas perspetivas para o futuro, nomeadamente de cariz profissional.

Na quarta sessão, Carlos não compareceu à hora marcada, pois ainda se encontrava na sua ocupação. Quando o procurei, Carlos mostrou preocupação por não ter comparecido, mas prontamente se mostrou disponível para prosseguir com a sessão. Para que esse sentimento de preocupação diminuísse no momento, sugeri que o utente me desse a conhecer no que consistia a sua ocupação, pelo que o mesmo explicou quem

seriam as pessoas mais próximas de si e todo o processo de reparo e montagem das peças elétricas. Depois disso, já na sala onde ocorrem as sessões, Carlos mostrou bastante entusiasmo pois iria ter uma visita de um amigo muito próximo. Foram abordados temas como a relação dos seus pais, o desejo dos mesmos em ter filhos e netos, e a adaptação de Carlos ao luto pela morte dos seus pais. Por fim, foi analisada também a relação do utente com o seu irmão.

Na quinta sessão, foram abordadas as suas novas tarefas na unidade, e em como a mudança regular de tarefas é positiva para si, de forma a quebrar a monotonia dos seus dias e a ganhar mais autonomia. Carlos abordou também o que ocorreu na sua vida durante o fim-de-semana, mas, novamente, o tema do seu diagnóstico tornou-se o foco principal da sessão. Questionou, então, acerca da possibilidade de eu realizar nova avaliação ao seu diagnóstico bem como ao seu atestado de incapacidade, pelo que lhe foi sugerido falar sobre o assunto com o seu médico de referência.

A sexta sessão iniciou-se com algum entusiasmo por parte de Carlos, quando referiu que ia fazer uma campanha de recolha de alimentos num supermercado, afirmando que “já me ajudaram tanto, agora é a minha vez de ajudar”. Mais tarde referiu também que no fim de semana foi visitar uma tia-avó e que, apesar de lhe causar alguma confusão o facto de a tia estar mais velha, foi um dia muito positivo pois teve a possibilidade de estar com uma outra tia e outros dois primos, com quem mantém contacto esporadicamente. Por fim, debateu-se novamente a possibilidade de ter alta, e organizar-se socioeconomicamente fora da unidade, algo que cada vez mais o inquieta ao longo das sessões. Esta é uma questão que lhe traz alguma desmotivação, por se sentir desocupado durante o resto do dia, depois da atividade. Não se identifica com a maior parte dos colegas e tem pouca vontade de socializar.

Na sétima sessão o tema inicial foi a sua reforma, pois Carlos tem falado muitas vezes com a sua tia para encontrarem uma possibilidade de conseguir emprego. No entanto, a sua tia confirmou que já tratou dos papéis para a sua reforma, o que o revolta por ter como principal ambição arranjar um trabalho. Assim, pretende, após a alta, encontrar algum tipo de emprego onde não precise de declarar os seus rendimentos. Refere também que gostou muito de fazer a campanha de recolha de alimentos e de assistir a um jogo de futebol, e que considerou bastante positivo por ter convivido com outras pessoas. Por fim, abordaram-se questões sobre outras atividades de ocupação fora da rotina (e.g., ir à biblioteca ou fazer uma caminhada a ouvir música), uma vez que se

sente muito desocupado. Contudo, embora goste, afirma não ter motivação para fazer este tipo de coisas.

Na oitava sessão, duas semanas após a última sessão, Carlos não tinha muito a dizer e, por isso, decidiu falar sobre as tarefas que fez ao longo desse tempo, frisando em particular uma autoavaliação que realizou com uma técnica da sua unidade para saber o seu estado na reabilitação. Referiu não existir outros assuntos a debater pois os dias são todos iguais e as pessoas são sempre as mesmas. Contudo, existe um colega com quem aprende muito e consegue ter uma relação estimulante a nível intelectual. Foi novamente abordado o tema relativo à sua vida profissional, e o utente acabou por confessar que só pensa nisso quando está em consulta.

Na nona sessão Carlos começou por contar que almoçou com a sua tia e com um primo que não via há muito tempo, o que considerou como algo muito bom para sair da rotina. Durante esse almoço, voltaram a falar sobre o tema da reforma e na possibilidade de ter alta e ir para um quarto arrendado. No dia da sessão, Carlos mostrou-se desanimado por não ter tido uma rotina diferente. Considera que este internamento é uma experiência de aprendizagem para a vida, pois continua a ter os seus objetivos bem definidos (i.e., ter alta e poder regressar aos Países Baixos para trabalhar). Existiram alguns silêncios nesta sessão, uma vez que Carlos não tinha muita informação a acrescentar.

Por fim, na décima sessão foi feito um balanço do acompanhamento psicológico e, foram refletidos em conjunto os benefícios que este lhe trouxe. Carlos referiu que, embora não concorde com o internamento, o processo de reabilitação é bom para si para melhorar as suas competências e a sua autonomia, apesar de sempre ter feito tudo em casa antes do internamento. Carlos referiu que estas sessões inicialmente eram boas para si, por saber que tinha alguém a quem expor o seu problema. Acredita ter sido positivo e que correspondeu às expectativas que tinha inicialmente acerca do acompanhamento. Por fim, afirma que as expectativas que tem para o futuro são neutras, e que lhe resta apenas esperar que o tempo passe enquanto ouve rádio ou vê televisão.

3.2. Avaliação Psicológica de “Luís” – Caso II

Identificação Pessoal

Luís (nome fictício atribuído) é um utente do sexo masculino, com 38 anos de idade, solteiro e sem descendentes. É natural da zona do Norte, tendo a sua última

residência (antes do internamento) sido em Lisboa com a sua mãe (69 anos; familiar de referência). Em relação às suas habilitações literárias, tirou um curso de vigilante com equivalência ao 12º ano. Encontra-se internado desde o dia 1 de setembro de 2022, com um período de internamento previsto de seis meses.

Dados de Observação

Luís apresenta uma estrutura morfológica e motricidade normais. O seu estado de nutrição é adequado, os cuidados básicos parecem adequados e o seu vestuário é apropriado e limpo.

Durante a entrevista clínica, Luís manteve contacto sintónico, mostrou-se colaborante, apesar de apresentar um discurso marcadamente lacónico. Permaneceu consciente, calmo, orientado no espaço e no tempo, auto e alopsiquicamente. Apesar de ter alguma ausência de autocrítica para o seu estado clínico atual, evidenciou uma boa adesão terapêutica. Inicialmente evidenciaram-se períodos de clinofilia que, no decorrer da entrevista, reverteram.

Motivo do Pedido

Luís foi encaminhado internamente pelo seu médico-psiquiatra de referência para a realização da avaliação psicológica. Por razões que ultrapassam, não há qualquer informação acerca do motivo da consulta.

Antecedentes Pessoais

Luís aponta antecedentes médicos pessoais dos quais não tinha consciência até ao acompanhamento médico a pedido da mãe. Refere um “canal medular apertado” (espinha bífida), que lhe “causava problemas de equilíbrio”. Afirma ter sido “operado duas vezes”, uma durante a infância e a segunda em 2012. Devido à hérnia medular, foi colocada uma prótese cervical há cerca de dois anos e meio. Atualmente faz fisioterapia dado apresentar alguma dificuldade no levantamento e carregamento de pesos.

Antecedentes Familiares

Relativamente a antecedentes familiares de saúde médica e psicológica, Luís refere que o seu pai apresenta “problemas de coração” e uma dependência de álcool que se encontra igualmente presente nos irmãos do pai. Luís aparenta não ter conhecimento de questões significativas acerca da história de saúde médica e psicológica da sua mãe e irmã. Contudo, aponta uma tia materna com patologia psiquiátrica não especificada, mas com histórico de internamentos psiquiátricos. Reporta ainda uma irmã mais velha com quem mantém uma boa relação.

História da doença atual

Sob a influência do álcool, Luís apresenta história recorrente e mantida de violência dirigida a familiares (nomeadamente, à mãe e irmã) e colegas de trabalho.

Reporta consumir bebidas alcoólicas desde os 18 anos, sendo a cerveja a sua bebida de eleição, com quatro momentos distintos de abstinência e num período máximo de 15 meses. Revela um aumento desse consumo desde há 2 anos, que associa ao aumento de ansiedade quando iniciou o seu emprego enquanto segurança do metro. Atualmente, “bebo 5/6 cervejas por dia e às vezes faço misturas com vodka por exemplo”, associando o aumento desse consumo aos momentos em que se encontra com o seu círculo de amigos (“mas com os amigos bebo mais”). Segundo diz, o consumo de álcool começa por volta das 16 horas. Fundamenta o consumo de álcool com base na sua relação desadaptativa com o pai (“bebo porque nunca me dei bem com o meu pai”), assente nos comportamentos disruptivos e de violência do mesmo para com outras pessoas (“ele maltrata as pessoas e fico nervoso com isso”). No que diz respeito ao seu consumo, reconhece episódios pontuais de violência quando se encontra intoxicado. Nega problemas no trabalho ou ausência laboral como resultado desse consumo.

Durante a permanência no serviço de urgência encontrava-se vígil, orientado em todas as referências, porém, com contacto evitante, manipulador. Apresentava um aspeto pouco cuidado, com várias feridas superficiais e escoriações nas pernas e braços. No decorrer da entrevista inicial efetuada à sua entrada no serviço de urgência, revelou um discurso coerente, fluente e organizado, e um humor facilmente irritável, com baixa tolerância à frustração, e alguma componente de labilidade dos afetos. Não se observaram quaisquer alterações ao nível do pensamento, sensopercepção ou limites do Eu. Mencionou alterações no sono ao nível de quantidade e qualidade, e negou alterações ao nível do apetite. Não se verificaram ideias de morte, ideação suicida ou ideação auto ou heteroagressiva.

Ainda no serviço de urgência, a mãe referiu situações e reações que levam Luís a cumprir um quadro compatível com perturbação de uso do álcool com critérios de dependência e repercussão em várias esferas (familiar, social, laboral), existindo um histórico de tentativas de intervenção sem sucesso. A mãe refere também que, ao nível académico, Luís sempre apresentou dificuldades de aprendizagem que motivaram a algumas dificuldades para terminar a escolaridade obrigatória.

No dia seguinte à sua entrada nas urgências, foi efetuada uma reavaliação na qual se apurou humor subdepressivo com discurso em resposta, parco e lacónico e ideação suicida sem plano estruturado, “quero continuar a beber... quero morrer”. Nega cumprir terapêutica psicofarmacológica referindo nunca lhe ter sido prescrita.

Anamnese Biográfica e História Familiar

Luís nasceu com 8 meses de gestação e por essa razão foi sempre muito próximo da sua avó materna. Afirma que brincava muito com a sua avó e que a própria não tinha uma relação igualmente próxima com a sua irmã ou com os seus primos, talvez por ele ter nascido prematuro, a avó tenha sentido necessidade de uma maior proximidade.

Reportou ter tentado matar o pai aos 10 anos de idade, por não conseguir mais suportar vê-lo a maltratar a mãe e a inferiorizá-lo a si. Afirma ter sentido uma discrepância entre o tratamento que o pai dava à irmã comparativamente com a forma como interagia consigo, tendo o pai sempre o discriminado em relação à sua irmã, nomeadamente designando-o por “burro” e que nunca iria ser como a irmã “que tem uma boa profissão”.

Do seu período escolar, apenas foi possível avaliar que, contrariamente ao exposto pela mãe, Luís sente não ter tido dificuldades de aprendizagem, não gostando apenas de estudar.

Devido à situação familiar, Luís decidiu mudar-se para Lisboa aos 16/17 anos e viver com a irmã. Apesar da relação muito próxima com a mãe, não conseguia continuar a presenciar o pai a exercer violência contra a mãe, e que esta se sentia “muito dividida” entre o pai e o filho. Em 2003, quando tinha 19 anos, decide mudar-se para o Brasil para ir ter com a sua mãe, que, como afirma, teria fugido para lá para se refugiar de uma situação que acontecera nessa altura. No Brasil, alistou-se no exército e trabalhou, primeiramente, numa empresa de limpezas e, mais tarde, numa “secretaria de educação”. Reporta que, durante este período, construiu muitas relações interpessoais, tendo feito “muitos amigos lá”.

No que diz respeito às relações amorosas, a sua primeira namorada foi em 2006. Pelo que conta foi um relacionamento curto dado os ciúmes que a mesma desenvolvera e que conduziram ao término da relação. Em 2012 inicia, ainda no Brasil, um novo relacionamento amoroso que se mantém à distância com visitas de uma vez por ano quando Luís retorna a Portugal. Afirma que, em janeiro de 2022, a namorada começou a desconfiar de que “não estava sozinho”, o que provocou alguns ciúmes e decidiu assim terminar a relação com ele.

Conta que aos 27/28 anos a sua mãe, que já estaria em Portugal, retornou ao Brasil para o ir buscar. Através do cunhado, decidiu tirar um curso de operador de câmara para trabalhar na mesma empresa que o cunhado. Manteve-se neste trabalho até 2018, desconhecendo-se o ano de início. Afirma que nesta altura terminou o 12º ano, e começou a trabalhar para a RTP1 enquanto técnico de operador de câmara.

Sem conseguir especificar a data, Luís reporta a separação dos pais seguida da sua conciliação pouco tempo depois, que julga dever-se ao facto de a sua mãe sentir “pena” do pai. Refere dificuldades em aceitar a reaproximação dos pais uma vez que “é como se tivesse a viver o pesadelo todo outra vez”. Esta situação familiar impactou Luís que procurou evitar o pai de tal modo que sempre que o pai se encontrava em casa, Luís fechava-se no quarto a jogar ou a ver filmes.

Conta que há 4 anos, decidiu tirar um curso de vigilante devido à inconsistência de trabalho como operador de câmara. Assim, começou a trabalhar como vigilante no metro de Lisboa. Era um trabalho que gostava de fazer “e fazia-o bem feito”, porém, não sentia respeito por parte dos passageiros o que o levava a sentir frustração. Após alguns episódios de desrespeito, como por exemplo um passageiro lhe cuspir no rosto por ter solicitado a colocação da máscara, Luís decide começar a beber álcool com um amigo do trabalho que considera “como um irmão” e com o qual partilhava uma confiança mútua.

Conflitos com o supervisor nos quais se sentia maltratado levaram-no a despedir-se do emprego. Apesar disso, o convívio com ex-colegas de trabalho continuou, bem como o consumo de álcool subjacente. Sem conseguir especificar o motivo e a altura, Luís reporta a ida da polícia a sua casa, e consequente, o seu internamento de um mês e meio no Hospital de Santa Maria. Neste âmbito, a mãe de Luís afirma também desconhecer o motivo que levou à sua detenção. Embora não tenha compreendido o motivo do internamento, revela ter sido acusado de consumir substâncias como *ecstasy*. Apesar disso, refere nunca ter consumido nenhuma substância a não ser tabaco e que

atualmente já não fuma. Afirmar ter-se sentido “preso e sozinho”, visto só poder receber uma visita diária. Esta era ocupada pela sua mãe que o procurava visitar todos os dias.

Luís surge na instituição recetora do presente estágio após o internamento com o intuito de ganhar mais autonomia. Atualmente encontra-se internado numa unidade de reabilitação na qual se pretende o desenvolvimento de competências basilares e de gestão do quotidiano, tais como fazer a cama, cozinhar e limpar o quarto. Tem as tarefas bem divididas com os seus colegas e tenta cumpri-las ao máximo.

Atualmente, refere uma namorada que conheceu recentemente. Embora nunca se tenham visto pessoalmente, conversam frequentemente através de plataformas online. Afirmar estar a gostar de a conhecer porque têm alguns gostos em comum, estando, por isso, muito contente e a sentir-se muito bem.

Testagem psicológica

Instrumentos

A **WAIS-III** (Wechsler Adult Intelligence Scale; Wechsler, 2008) é uma escala que avalia, de uma forma geral, o quociente de inteligência (QI), i.e., a capacidade do indivíduo agir com propósito, possuir um pensamento racional e a forma como encara o seu ambiente (Wechsler, 2008; Coutinho e Nascimento, 2010). Contém um total de 14 subtestes e pode ser aplicada a indivíduos com idades entre os 16 e os 90 anos. A nível de aplicabilidade pode ser utilizada em contexto clínico, forense, educacional e neuropsicológico.

É uma escala que permite avaliar a inteligência global e habilidades específicas, parâmetros estes que permitem aceder ao QI total, composto pelo QI verbal e o QI realização, bem como pelo Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptiva, Índice de Memória do Trabalho, e Índice de Velocidade de Processamento. Estes expressam as habilidades específicas, que dizem respeito à teoria de Thorndike (Coutinho e Nascimento, 2010).

No caso em análise, o instrumento foi adaptado para um número total de 13 testes. Esta aplicação teve o intuito de verificar um dos diagnósticos de Luís, a incapacidade intelectual ligeira. Para tal, foram utilizados os resultados padronizados por índice fatorial, os quais avaliam a Memória de Trabalho, a Velocidade de Processamento, a Compreensão Verbal e a Organização Perceptiva.

Análise e interpretação dos resultados

Descrição dos QIs e IFs

Para poder obter-se uma estimativa do funcionamento global de uma pessoa ao nível do conteúdo ou da cognição, recorre-se aos QIs e Índices Fatoriais. De forma a interpretar os resultados obtidos em ambos, é necessário comparar os resultados dos diferentes subtestes. No entanto, a interpretação poderá diferir de pessoa para pessoa e ser influenciada consoante as diferenças dos resultados nos subtestes.

No instrumento utilizado estão presentes três QIs: QI Verbal (QIV); QI de Realização (QIR); QI de Escala Completa (QIEC). O QIV diz respeito aos conhecimentos adquiridos, atenção aos materiais verbais e raciocínio verbal. As respostas pertencentes aos testes desta escala, bem como a apresentação das questões pelo clínico são ditadas oralmente. A escala QIR tem como objetivo avaliar o raciocínio fluído, o processamento espacial, a atenção ao detalhe e a integração visuo-motora. Para o efeito, a atividade realizada nos subtestes que compõem esta escala não deverão ser vistos pelo sujeito antes do teste, apenas no momento da aplicação. Por fim, o QIEC permite obter uma estimativa daquilo que é o funcionamento intelectual global da pessoa. Assim, é necessário fazer um somatório do QIV e QIR e, por norma, o valor obtido representa o Fator g.

Para além dos QIs que compõem este instrumento, os Índices Fatoriais fazem, igualmente, parte do mesmo, sendo eles: Índice de Compreensão Verbal (ICV); Índice de Organização Percetiva (IOP); Índice de Memória de Trabalho (IMT); Índice de Velocidade de Processamento (IVP).

Da mesma forma que o QIV, o ICV permite avaliar os conhecimentos verbais e o raciocínio verbal, sendo a forma de apresentação das perguntas e de respostas do sujeito de forma oral. A principal diferença entre os mesmos passa pelo QIV incluir os subtestes Memória de Dígitos, Aritmética e Compreensão.

O IOP é não verbal e tem como objetivo avaliar o raciocínio fluído, a atenção ao detalhe e a integração visuo-motora. Assim, a constituição desta escala é mais autêntica do que a escala do QIR, uma vez que é mais centrada na resolução de problemas visuoespaciais e na análise do raciocínio fluído.

No que diz respeito ao IMT, este inclui um grupo de funções que requerem: atenção a um conjunto de informações (*input*); retenção de informação e processamento da mesma em memória; e formulação de resposta. A apresentação dos subtestes que compõem esta escala e as respostas do sujeito são apresentadas oralmente.

Por fim, o IVP, avalia a rapidez do sujeito a processar informação visual. Os subtestes que compõem esta escala – Código e Pesquisa de Símbolos – são subtestes suplementares, ou seja, pode aplicar-se um em detrimento do outro. Esta é uma escala extremamente importante para avaliar as competências cognitivas.

Resultados

Análise quantitativa e qualitativa

Com base numa análise cuidada dos resultados obtidos nos QIs, verifica-se que Luís está significativamente abaixo da média ($X=100$), apresentando um QIV de 92, QIR de 65 e um QIEC de 76. Tendo em conta que estamos perante uma média dos resultados por QI de 100, é possível afirmar que Luís se encontra muito abaixo daquilo que é desejável. Segundo o manual da WAIS-III, apresenta uma classificação do tipo inferior para os respetivos QIs, fazendo parte de uma percentagem de 6.2% da amostra portuguesa, a qual sustenta a análise estatística elaborada para determinar os limites e classificações desta análise.

Relativamente aos Índices Fatoriais, estes apresentam também resultados baixos, exceto o ICV que apresenta um valor de 102 sendo um valor ligeiramente acima da média ($X=100$). Relativamente aos restantes índices (OP-64, MT-91 e VP-82), segundo consta no manual da WAIS-III, classificam as respostas de Luís com um tipo médio inferior. Considera-se, também, importante destacar os valores obtidos nos percentis. Estes valores ajudam a classificar o indivíduo numa escala de 0 a 99. Os resultados de Luís apresentam-se muito inferiores ao esperado, sendo de 30, 1 e 5 para QIV, QIR e QIEC, respetivamente e 55, 1, 27 e 12 para CV, OP, MT e VP, respetivamente

Para uma análise mais aprofundada dos resultados obtidos, é relevante calcular o quociente de deterioração intelectual (QDI) causado por danos cerebrais, desordens psicóticas ou outras condições patológicas. O resultado deste cálculo obtém-se através da subtração entre o somatório dos resultados dos testes que se mantêm e o somatório dos resultados dos testes que não se mantêm, dividindo, por fim, a referida diferença pela soma dos testes que se mantêm. Tanto os testes que se mantêm (vocabulário, informação, composição de objetos e completamento de gravuras) como os que não se mantêm (memória de dígitos, semelhanças, cubos e código), estão previamente definidos e padronizados, não sendo, deste modo, uma escolha que dependa de qualquer resultado. Realizada a fórmula para obtenção do QDI, foi obtido um quociente de 0.10. Sendo este

um resultado positivo, é indicador de probabilidade de existência de deterioração cognitiva. Um QDI=0.10 corresponde a uma percentagem de 20% da população.

PARTE III – DISCUSSÃO CLÍNICA

1. Discussão do caso “Carlos” à luz da teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo

Para uma melhor compreensão do presente caso, considerou-se necessária a análise do mesmo com base na Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo do Professor Doutor João Hipólito.

No seguimento das atitudes necessárias e suficientes para que seja possível ocorrer a mudança terapêutica, é necessário descrever todo o processo daquilo a que Rogers (1994) designou de “Tendência Atualizante”. Este é um fenómeno que é inerente ao ser humano e permite ao mesmo atualizar as suas potencialidades. Neste sentido, é possível alcançar níveis mais elevados de maturidade, autorrealização e atualizar diversas potencialidades inerentes (Hipólito, 2011; Leal, 2018).

Apesar de esta tendência ser inerente à condição humana, existem certos impedimentos, tais como as condições de valor, que vão sendo incutidas desde o nascimento e que podem comprometer a tendência atualizante. Isto é, o ser humano pode estar sujeito a determinados traumas, passíveis de surgir no período de gestação e que podem prejudicar a manifestação das suas potencialidades (Hipólito, 2011).

Esta pequena introdução permite-nos entender o processo de atualização de Carlos, no qual existem traumas (psicológicos e/ou biológicos), condições de valor e de atualização. Estes traumas serão debatidos em seguida.

A gravidez de Carlos sempre foi desejada, contudo, os pais sempre desejaram ter uma rapariga. Durante a entrevista, Carlos afirma que existiu alguma decepção por parte da mãe quanto ao sexo do bebé (trauma psicológico). Não obstante, Carlos tem muito boas memórias com os pais, apesar de se terem divorciado quando tinha 2 anos (trauma psicológico).

Durante a sua adolescência foi introduzido ao consumo de haxixe (trauma biológico) para se integrar ao meio onde se inseria (condição de valor), e também por ver o haxixe como um estímulo para a criatividade nas suas relações sociais. Esta pode ser uma questão psicoafetiva, na medida em que, Carlos sente a necessidade de pertencer a um grupo e, tal facto pode representar um trauma relativo às suas potencialidades sociais

(Hipólito, 2011). Atualmente, na instituição onde se encontra internado, afirma que sempre foi uma pessoa sociável e acessível, mas “aqui é diferente, desculpe lá dizer, mas são pessoas descompensadas. Não me identifico tanto”.

Aos 17 anos desistiu da escola para poder ir trabalhar na mesma profissão que o seu pai e avô tinham (condição de valor). Estas figuras masculinas tiveram um impacto positivo em si por ver neles um modelo a seguir e por lutar por esse objetivo (potencialidade). No entanto, a sua mãe sempre se opôs a essa decisão, achando que o mais viável seria o filho seguir a escolaridade obrigatória. Por esse mesmo motivo, mais tarde, Carlos acabou por passar por um conflito interior: não ter a escolaridade obrigatória completa, não poder entrar para os quadros dos Correios e, consequentemente, ter de deixar esse emprego (conflito entre *self* desejado e *self* percebido).

É neste sentido que Hipólito (2011) acredita que através das *core conditions*, é possível diminuir a distância e discrepância entre o *self* percebido e o *self* desejado, que têm um impacto direto no desenvolvimento psicossocial da pessoa. No decorrer dessa aproximação entre os dois *selves*, a pessoa vai alterando de um estado de incongruência para um de maior congruência, diminuindo assim a sua angústia. Desta incongruência sentida podem surgir sintomas do foro psicológico ou físico. No caso de Carlos, é possível verificar uma certa tristeza e decepção por não ter conseguido continuar o seu sonho, que consistia em seguir o mesmo caminho que o seu avô e o seu pai. No entanto, Carlos foi novamente à procura de emprego na área da distribuição e conseguiu emprego na função de estafeta (condição de atualização).

Aos 19 anos teve o seu primeiro contacto com a morte e o que ela acarreta, perdendo a sua avó e, um ano mais tarde, o seu avô. Anos mais tarde, perdeu também o pai e a mãe. Carlos perde por completo a sua rede de apoio (trauma psicológico) e considera ter sido uma fase bastante perturbadora para si. No entanto, conseguiu continuar a trabalhar, procurou apoio psiquiátrico e, mais tarde, decidiu ir trabalhar para os Países Baixos (condições de atualização). Apesar de ter tentado refazer a sua vida, depois de perder esta sua rede de apoio, o consumo de substâncias trouxe-lhe alguma instabilidade, o que poderá ter desencadeado surtos psicóticos, alucinações auditivas e visuais (e.g., o episódio na estação de comboios) e a sensação de sentir que está a ser perseguido.

Hipólito (2011), considera também fundamental destacar o conceito de *locus* de controlo, que pode ser interno (atribui as causas das suas ações a si) ou externo (atribui as causas das suas ações a terceiros). Carlos já passou por diversos internamentos e não consegue perceber o motivo (trauma psicológico). Carlos afirma mesmo que “só quero

sair daqui para ir trabalhar”. Colocando as culpas nos médicos e polícias dos Países Baixos (*locus* de controlo externo), afirma que não percebe o atestado multiusos de 80% de incapacidade que tem e o diagnóstico de perturbação esquizoafetiva (trauma psicológico). Devido à ausência total de autocritica para o seu estado clínico, Carlos acaba por atribuir a causa do seu problema a todos os médicos pelos quais passa. Neste sentido, podemos encontrar um distanciamento entre aquilo que Carlos deseja ser e o que realmente é, ou seja, um distanciamento entre o *self* percebido e o desejado. Em todo o percurso de Carlos, apenas um médico lhe disse que não percebia a razão pela qual ele estava internado. Inclusive, chegou a fazer uma avaliação com uma psicóloga que também referiu que ele estava bem. Estas razões reforçam a dificuldade de Carlos em aceitar que tem uma doença.

Segundo Rogers (2003), o ser humano tem uma necessidade constante de busca de consideração positiva. Isto é, o ser humano tem uma necessidade inata de procurar ser aceite, ser compreendido e amado, necessidade esta que, por vezes, faz com que a pessoa, se sujeite a determinados valores de terceiros, para os satisfazer. Consequentemente, essa submissão pode ter um impacto negativo na autoestima, e impedir que a pessoa seja espontânea, genuína e fiel às suas próprias características. Neste sentido, surgem as condições de valor que sustentam o autoconceito da pessoa. Isto é, a pessoa apenas tem determinado tipo de comportamentos consoante a aprovação do outro. Desta forma, é provável que Carlos venha a desenvolver níveis de autoestima e autoconceito muito inferiores àqueles que desejaria. Tem alguma dificuldade em expressar-se, uma vez que apresenta um discurso verborreico, o que o impede, por vezes, de se fazer entender. Isto é, apesar de Carlos ter tentado por várias vezes falar com médicos diferentes para tentar “retirar” o diagnóstico, parece não se sentir escutado e compreendido. Chega a afirmar que “tenho azar com os médicos”.

2. Reflexão sobre o caso “Carlos”

O caso apresentado é visualizado como um caso complexo, principalmente devido à ausência total de autocritica no utente. Esse fator dificultou em grande parte o processo de acompanhamento psicológico, uma vez que Carlos abordou excessivamente o tema do seu diagnóstico na maioria das consultas. Teve um discurso baseado em respostas

monossilábicas (e.g., “sim”, “não”, “hm-hm”) o que, na minha opinião, foi uma limitação para a eficaz devolução de respostas de compreensão empática.

Apesar de existir pouca flexibilidade inicial, pelo facto de o utente considerar desnecessário aquele tempo reservado para si, foi possível criar uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito ao longo das sessões. Foi possível compreender, desde cedo, que Carlos estaria disponível para falar sobre as temáticas que mais o inquietavam, apesar de não ter sido o próprio a pedir o acompanhamento.

O objetivo do acompanhamento de Carlos, a pedido da instituição, passou por tentar fazer com que se consciencializasse sobre a sua perturbação, principalmente para prevenção do abandono da terapêutica farmacológica, que é frequente quando o mesmo tem alta, tendo em conta a sua história clínica. Este foi um dos maiores obstáculos encontrados, tendo em conta que a Abordagem Centrada na Pessoa se baseia no princípio da não-diretividade.

É importante salientar que se trata de um caso de perturbação psiquiátrica e, portanto, existe uma maior probabilidade de resistência à terapêutica, o que se verificou no presente caso. Na síntese das sessões, o tema abordado foi maioritariamente o diagnóstico de Carlos, o que dificultou explorar outras questões que pudessem existir. Contudo, foi possível observar que aquele tempo reservado para a sessão era um momento benéfico para Carlos, talvez por ter visto na terapêutica a esperança de que era possível resolver o seu problema (i.e., diminuir a ansiedade em relação à sua insatisfação com o diagnóstico). Ainda assim, este foi um acompanhamento muito focado no aqui e agora, tendo como principal objetivo trazer alguma consciência para o estado clínico de Carlos.

Atualmente, Carlos encontra-se estabilizado, mas, tal como descrito no seu processo clínico, passou por momentos de muita instabilidade e agitação. Não obstante, apesar de estável, é possível verificar alguma confusão cronológica na sua história pessoal, o que, a meu ver, dificultou a análise e construção da anamnese clínica.

3. Discussão do caso “Luís”

Considera-se interessante destacar o resultado obtido no subteste 13 (Sequência de Letras e Números), que foi de 13 pontos. Através da observação aquando da realização do teste e, comprovada de certa forma pelo resultado obtido, verificam-se diversas

habilidades, nomeadamente boa memória a curto prazo (auditiva), percepção auditiva de estímulo verbal simples, memória de trabalho, visualização, processamento sequencial e codificação da informação seguida do processamento cognitivo.

Tendo em conta esta análise, considera-se que Luís apresenta algumas perdas, revelando resultados muito pobres, tanto nos QIs como nos Índices Fatoriais. Assim, torna-se necessário atender aos três critérios de diagnóstico para verificar se se confirma o diagnóstico de perturbação do desenvolvimento intelectual (F70), segundo o DSM-V-TR: défices nas funções intelectuais (critério A), défices no funcionamento/comportamento adaptativo (critério B) e início durante o período de desenvolvimento (critério C).

Luís apresenta um nível de gravidade ligeiro no que diz respeito ao domínio social, tendo em conta a sua impulsividade. No fundo, isto significa que existem certas dificuldades em regular as emoções e comportamento perante uma situação social, bem como revela uma linguagem bastante imatura comparativamente ao grupo etário em que se insere. Considera-se ainda ligeira no domínio prático também, uma vez que carece de apoio em questões relacionadas com saúde, organização, preparação de alimentos, etc.

Confirma-se, assim, o diagnóstico de perturbação do desenvolvimento intelectual (F70). No entanto, é importante colocar a hipótese de este défice se ter agudizado, passando de ligeiro a morado ou grave. Para tal, seria pertinente consultar relatórios de avaliações anteriores para perceber se existiu alguma alteração quanto ao nível de gravidade.

PARTE IV – CONCLUSÃO

Conclusão

O presente estágio curricular, realizado no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, tornou-se crucial para a introdução no meu futuro profissional, servindo de primeiro alicerce à prática clínica em Psicologia. Constituindo-se como uma fase fundamental no processo de aprendizagem, é possível destacar pontos fortes e algumas limitações que foram surgindo ao longo do percurso no estágio curricular. No entanto, toda a aprendizagem tornou-se enriquecedora e relevante pela aplicabilidade prática de conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico. Dado que a instituição é centrada em internamentos psiquiátricos, foi possível ter um primeiro contacto com a população-alvo abrangente e adquirir conhecimentos que poderão posteriormente ser aplicados noutras áreas da Psicologia e a outras populações-alvo.

Já sabendo que as palavras têm bastante impacto na vida dos utentes, podendo ele ser positivo ou negativo, inicialmente surgiu algum receio pela possível falha ou dano nas palavras utilizadas. No entanto, considero esse receio parte do processo de aprendizagem e algo natural para quem foi recentemente introduzido na prática clínica e nunca teve qualquer contacto com a mesma. O presente estágio foi autoproposto, tendo considerado que para mim seria um desafio a enfrentar com responsabilidades acrescidas pelas minhas expectativas altas em relação ao meu próprio desempenho. A estas responsabilidades surge uma outra com igual relevância: o voto de confiança do meu orientador de estágio, por ser um contributo forte ao meu estágio e por me ter permitido adaptar de forma confortável e confiante. Foram assistidas várias das suas consultas, o que se considerou uma mais-valia pois foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos nessas consultas na sua prática clínica, que surgiu posteriormente com um pedido de avaliação a um utente. Senti-me receosa em ter esse primeiro contacto com a prática clínica, pelo facto de poder, de alguma maneira, enviesar o processo de comunicação devido à falta de experiência. Ainda assim, considero que a confiança construída ao longo da experiência atenuou esse

receio, bem como a própria relação terapêutica com os utentes tornou-se mais fácil de conseguir.

Durante o estágio curricular e a pedido do orientador, tive a possibilidade de continuar a assistir às suas consultas e a participar em reuniões comunitárias ou até mesmo com familiares dos utentes. A rápida integração na equipa, bem como a possibilidade de poder acompanhar todo o processo de reabilitação dos utentes, foi por mim considerada uma experiência muito enriquecedora e gratificante. Mais, é relevante referir a pertinência da aplicação de todos os conhecimentos teóricos da Abordagem Centrada no Cliente na prática clínica, pois embora a abordagem do orientador fosse diferente desta, existiu flexibilidade para, ainda assim, colocar em prática a abordagem por mim seguida. Inicialmente, surgiram algumas dificuldades em seguir a abordagem de forma eximia. Porém, foi enriquecedor para adquirir aprendizagens noutras vertentes (e.g., *setting* terapêutico, estabelecimento de relação terapêutica, comunicação em terapia).

Um dos maiores desafios enfrentados em estágio centrou-se no facto de se tratar de uma instituição psiquiátrica. Efetivamente, questionei-me várias vezes acerca da forma mais correta de abordar um doente psiquiátrico, com receio de poder espolatar reações adversas. Mas, e em resumo da minha aprendizagem no estágio, a doença mental não pode ser percecionada como impedimento de algo nem deve ser associada a qualquer estigma. A diferença entre o início da reabilitação e o final da mesma, e que é claramente possível denotar nos utentes, é o reflexo do esforço e dedicação dos utentes e da equipa em proporcionar o melhor para os utentes. Considero que, em instituições como esta, existe uma sensação de abandono e solidão sentida pelos utentes, e que os mesmos procuram nos profissionais algum conforto para colmatar esta sensação.

Em suma, o presente estágio curricular foi uma fase de muito crescimento profissional e pessoal. Surgiram bastantes aprendizagens ao lidar com outras realidades, sendo estas completamente distintas das expectáveis e que certamente contribuirão para um percurso profissional enriquecido.

Referências Bibliográficas

- Allardyce, J., Suppes, T. & Van Os, J. (2018). Dimensions and the psychosis continuum. *Schizophrenia Bulletin*, 44(Suppl 2), S447-S456.
- American Academy of Pediatrics. (2020). Health Supervision for Children with Down Syndrome. *Pediatrics*, 145(5). <https://doi.org/10.1542/peds.107.2.442>
- American Psychiatric Association (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais* (5ª. ed.. texto rev.). Artmed.
- Bandura, A. (1977). *The social learning theory of aggression* (Vol. 1). Prentice Hall.
- Bakken, R.K., Næss, K.-A.B., Garrels, V. & Hagen, Å.M. Single-Case Writing Interventions for Students with Disorders of Intellectual Development: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Educ. Sci.* 2022, 12, 687. <https://doi.org/10.3390/educsci12100687>
- Berry, K. (2007). Psychology services in psychiatric rehabilitation: Service user needs and staff perceptions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(3), 244–248. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1002/cpp.533>
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2020). Assessing the Fidelity of Evidence-Based Practices: History and Current Status of a Standardized Measurement Method. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(2), 304–312. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00991-6>
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos: Revista do serviço de psiquiatria do hospital Fernando Fonseca*, 5(1-2), 63-68. <https://doi.org/10.25752/psi.4086>

- Burack, J.A., Evans, D.W., Russo, N., Napoleon, J., Goldman, K.J. & Iarocci G. (2021). Developmental perspectives on the study of persons with intellectual disability. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-090532>
- Butler, M. G., Lee, J., Manzardo, A. M., Gold, J. A., & Miller, J. L. (2020). Roof and associates syndrome: a disorder with multiple neurological symptoms including intellectual disability. *Molecular genetics & genomic medicine*, 8(10).
- Cain, D. J. (2012). Person-centered therapy: A revolutionary paradigm. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 160-167.
- Carvalho, J. C. M. de. (2012). *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge*. [Dissertação de Doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/63724>
- Correll, C. U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., ... & Stubbs, B. (2018). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 17(1), 1-5.
- Coutinho, A. & Nascimento, E. (2010). Formas abreviadas do WAIS-III para avaliação da inteligência. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 25-33. <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027281004.pdf>
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. The Guilford Press.
- Cury, B.M., Lopes, L.B. & Linhares, D.P. (2012). Abordagem centrada na pessoa: diretividade na perspetiva do cliente. *PSIQUE*, 8, 9-35. <https://cip.autonoma.pt/wp-content/uploads/2020/11/PSIQUE-VIII.pdf>
- Durkin, M. S., Maenner, M. J., Baio, J., Christensen, D., Daniels, J., Fitzgerald, R., ... & Zahorodny, W. (2017). Autism spectrum disorder among US children (2002–2010): socioeconomic, racial, and ethnic disparities. *American Journal of Public Health*, 110(7), 1011-1018. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304032>

- Farber, B. A. (2007). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. Guilford Press.
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T. A. (2015). *Teorias da personalidade-8*. AMGH Editora.
- Feldman, H. M., Yeatman, J. D., Lee, E. S., Barde, L. H. F., & Gaman-Bean, S. (2020). Substance use during pregnancy is associated with birth outcomes, but not child neurodevelopment at age 5–6 years: Project Ice Storm. *Neurotoxicology and teratology*, 79, 106885.
- Ferreira, F., & Florido, P. (2011). Situações de agitação e violência: A realidade numa unidade de doentes agudos. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 9(1), 28-34.
- Florentin, S., Reuveni, I., Rosca, P., Zwi-Ran, S.R. & Newmark, Y. (2023). chizophrenia or schizoaffective disorder? A 50-year assessment of diagnostic stability based on a national case registry. *Schizophrenia Research*, 252, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.007>
- Fountoulakis, K. N., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Yatham, L., Blier, P., ... & Kasper, S. (2019). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 4: Unmet Needs in the Treatment of Bipolar Disorder and Recommendations for Future Research. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(8), 496-514.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., ... & McGuire, P. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry*, 70(1), 107-120.
- Gardosi, J., Madurasinghe, V., Williams, M., Malik, A., & Francis, A. (2018). Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ*, 356.
- Gillberg, C. (2010). The essence in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1543-1551.

- Gonçalves, M.J., André, R., Saraiva, R., Ferreira, C., Rodrigues, C. & Croca, M. (2022). Transtorno Esquizoafetivo: Quanto tempo leva para diagnosticar?: Relato de caso. *J. Health Biol Sci*, 10(1), 1-4. <https://doi.org/10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.4332.p1-4.2022>
- Hagerman, R. J., Protic, D., Rajaratnam, A., Salcedo-Arellano, M., Aydin, E. Y., & Schneider, A. (2017). Fragile X-Associated Neuropsychiatric Disorders (FXAND). *Frontiers in psychiatry*, 8, 50.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2021). Therapist self-disclosure. In *Psychotherapy relationships that work III* (pp. 261-279). Oxford University Press.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Edual. <http://hdl.handle.net/11144/4108>
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N. J., Birnbaum, M. L., ... & Bhugra, D. (2017). Treatment-resistant schizophrenia: treatment response and resistance in psychosis (TRRIP) working group consensus guidelines on diagnosis and terminology. *American Journal of Psychiatry*, 174(3), 216-229.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Kaneko, K. (2018). Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning. *Yonago Acta Medica*, 61(2), 91-102. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.06.001>

- Kazdin, A. E. (2019). *Clinical psychology: Science, practice, and culture*. Oxford University Press.
- Kendler, K. S. (2015). The structure of psychiatric science. *American Journal of Psychiatry*, 172(3), 213-224.
- King, H. (2020). *Hippocrates now: The 'father of medicine' in the internet age*. Bloomsbury Academic.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37-51. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.37>
- Lambert, M. J. (2013). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. In *Integrative and eclectic counseling and psychotherapy* (pp. 281-306). Sage Publications.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor.
- Liberman, R.P. (1937). *Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Liu, X., Chen, Y., Wang, L., & Luo, X. (2020). Equity of access to early intervention services and its influencing factors for children with intellectual disability: A cross-sectional study in China. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 45(4), 381-390.
- Malaspina, D., Owen, M. J., Heckers, S., Tandon, R., Bustillo, J., Schultz, S., Barch, D., Gaebel, W., Gur, R., Tsuang, M., Os, J., & Carpenter, W. (2013). Schizoaffective disorder in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.026>
- McGrath, J., Brown, A., & St Clair, D. (2020). Prevention and treatment of serious mental illness. In *Oxford Textbook of Public Mental Health* (pp. 209-218). Oxford University Press.
- Messias, A. C., & Curty, R. G. (2006). Counseling, atitudes e valores: A abordagem centrada na pessoa e os seus efeitos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 253-264.

- Monteiro, L. D. C., & Louzã, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: Consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(2), 179-183. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000800006>
- Moreira, J., Romagnolil, R., & Neves, E. (2007). O surgimento da clínica psicológica: Da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., & Essock, S. M. (2002). Illness Management and Recovery: A Review of the Research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- Murru, A., Carpinello, B. (2018). Duration of untreated illness as a key to understanding schizophrenia and affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 200, 5-9.
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). The psychology of clinical psychology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 1-24.
- Oliveira, L. L. de, Tullio, P. C., & Costa, C. A. (2022). Saúde mental e Exercício Físico. *Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais*, 20(1). <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/jornada/article/view/2185>
- Palha, M., Andrade, D. C., Cotrim, L., Martins, S., & Fritz, A. (2016). Recomendações de base empírica para a prática clínica relacionada com o acompanhamento de pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual. *Centro de Desenvolvimento Infantil Diferenças*, 24(10). https://www.researchgate.net/publication/320623224_Recomendacoes_de_base_empirica_para_a_pratica_relacionada_com_o_acompanhamento_de_pessoas_com_perturbacao_do_desenvolvimento_intelectual
- Patel, D.R., Cabral, M.D., Ho, A. & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational Pediatrics*, 9(1), S23-S35.
- Pinel, P. (1806). *A treatise on insanity*. Cadell & Davis, Strand.
- Quarantini, L.C., Sena, E.P. & Oliveira, I.R. (2005). Tratamento do transtorno esquizoafetivo. *Arch. Clin. Psychiatry*, 32(1). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700013>

- Queirós, T. P., Coelho, F. S., Linhares, L. A., & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Medica Portuguesa*, 32(1), 70-77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (2006). *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (1994). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In J. Wood et al. (Orgs.), *Abordagem centrada na pessoa* (pp.155-177). Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida.
- Salvador-Carulla, L. & Bertelli, M. (2007). “Mental Retardation” or “Intellectual Disability”: Time for a conceptual change. *Psychopathology*, 41, 10-16. <https://doi.org/10.1159/000109950>
- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., & Santos, M. (2012). A desconstrução do conceito de deficiência mental e a construção do conceito de incapacidade intelectual: De uma perspetiva estática a uma perspetiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(4), 553-568. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000400002>
- Santos, M. J. H. (2000). Esquizofrenia: perspectivas actuais de reabilitação psicossocial. *Psicologia*, 14(1), 91-109. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v14i1.523>
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2018). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel.
- Schmidt, M., Garmy, P., Stjernswärd, S., & Janlöv, A.-C. (2020). Professionals’ Perspective on Needs of Persons Who Frequently Use Psychiatric Emergency Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(3), 182–193. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/01612840.2019.1663565>
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a psicologia clínica*. Editora da UFSC.
- Schnitzer, K., Beckmann, D., & Freudenreich, O. (2020). Schizoaffective disorder: treatment considerations. *Psychiatric Annals*, 50(5), 200-204.

- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., Girolamo, G., Hu, C., Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Nora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. *JAMA psychiatry*, 73(2), 150-158. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 56-58. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500019>
- Souto, D. R., Espinosa, J. P., Vieta, E., & Hernández, A. B. (2021). Clozapine in patients with schizoaffective disorder: A systematic review. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 14(3), 148-156.
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2018). Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416-421.
- Stubbs, B., Koyanagi, A., Veronese, N., Vancampfort, D., Solmi, M., Gaughran, F., Carvalho, A.F., Lally, J., Mitchell, A. J., Mugisha, J., & Correll, C. U. (2016). Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. *BMC medicine*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0734-z>
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... & Carpenter Jr, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10.
- Tanskanen, A., Tiihonen, J., & Taipale, H. (2018). Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 492-499. <https://doi.org/10.1111/acps.12913>
- Telles, T.C.B., Boris, G.D.J.B. & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), 13-20. <https://doi.org/10.18065/RAG.2014v20n1.2>

- Tudor, K., & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy: A clinical philosophy*. Routledge.
- Ungurean, B.C. (2021). Theoretical aspects of intellectual disability: Definition, classification. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov. Series IX, 14(63)*, 1. <https://doi.org/10.31926/but.shk.2021.14.63.1.31>
- Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia: is it possible?. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 246-255.
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-III: Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª Edição*. Cegoc-Tea.
- World Health Organization (2022). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wy, T. J. P., & Saadabadi, A. (2019). Schizoaffective Disorder.
- Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G., Cosgrave, E. M., ... & McGorry, P. D. (2020). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 37-47.