



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUIS DE CAMÕES”

ESQUECIDOS EM VIDA
A intervenção psicológica numa IPSS

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

Autora: Patrícia Alexandra Barbosa Lopes Pereira

Orientadora: Professora Doutora Mónica Rute Taveira Pires

Número da candidata: 30003752

Março de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Este é o momento mais especial e íntimo de todo o processo de construção deste relatório final de estágio, o momento em que recordo todas as pessoas que me apoiaram ao longo deste caminho escolar e que nunca duvidaram de mim.

Começo por agradecer ao meu pai, o homem da minha vida, a pessoa que me apoia e orienta de um modo incondicional, aquele que abdica de si por mim, aquele que ao longo desta jornada esteve sempre de mãos dadas comigo. Obrigada, Pai.

Aos meus avós paternos que são o meu suporte, o meu refúgio, são as pessoas que mais me inspiram na vida e que nunca me deixaram desistir. Sem vocês não tinha sido possível. Obrigada pela fé depositada em mim e por todo o vosso amor.

À minha mãe que depositou toda a sua crença em mim e me ajudou a acreditar que ia chegar ao fim desta jornada. Obrigada pelo amor que tudo consegue e conquista.

À minha amiga e irmã de todas as horas: Daniela Pereira. A pessoa que acredita no meu sucesso tão ou mais do que eu desde a nossa infância. Obrigada pela lealdade.

À minha companheira de faculdade: Joana Mendes que me acompanhou sempre, nos bons e nos piores momentos, esteve sempre lá. Obrigado pelo companheirismo e por todas as gargalhadas que demos.

Aos docentes que me apoiaram durante o percurso, vocês são uma inspiração. Sobretudo à minha orientadora Prof. Doutora Mónica Pires, a pessoa que me acompanhou desde o primeiro dia de aulas de licenciatura, e à minha orientadora de instituição, por representarem uma referência para mim.

Ao meu chefe Fernando Costa, por todo o seu apoio e confiança em mim, e por toda a flexibilidade que teve comigo nesta fase final do percurso.

A todos os meus amigos que fizeram parte disto, este momento também é vosso.

Obrigada a todos!

*Em memória da minha avó Maria de Fátima de Menezes, a quem prometi que iria
tirar um curso superior.*

***“Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única
segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de
competência.”***

Henry Ford

Resumo

Este relatório de estágio realizou-se no âmbito do Seminário de Estágio II, do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. O estágio curricular decorreu no serviço do Centro de Acolhimento para Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (CAPSA) e no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), numa Instituição Particular de Solidariedade Social, durante um período de 9 meses com um total de 420 horas, onde o principal objetivo de atuação passa pelo apoio psicossocial. A instituição promove o desenvolvimento de respostas antecipadas e sólidas às principais problemáticas sociais da comunidade, mobilizando diversos serviços que pretende a melhoria da qualidade de vida dos mais desfavorecidos.

Durante este período, foram desenvolvidas atividades como rastreios cognitivos e acompanhamentos psicológicos, essenciais para a intervenção psicossocial. Os rastreios cognitivos foram utilizados como ferramenta de avaliação inicial, enquanto os acompanhamentos psicológicos foram centrados em avaliações psicológicas individuais, destacando-se os Casos Clínicos J e I. Em ambos os casos, foi evidenciada a importância da adaptação e flexibilidade na abordagem terapêutica, reconhecendo as limitações do processo de avaliação psicológica e destacando a necessidade de uma colaboração ativa dos pacientes, sendo que, em intervenções futuras, é crucial implementar estratégias adaptativas, como monitorização contínua e foco em resiliência emocional.

Palavras-Chave: Sem abrigo; Vulnerabilidade psicossocial; Famílias multidesafiadas, Intervenção psicológica.

Abstract

The present internship report was conducted within the scope of the Internship Seminar II, of the 2nd year of the Master's program in Clinical Psychology and Counseling. The curricular internship took place at the Center for Shelter for Homeless People (CAPSA) and the Home Support Service (SAD), in a Private Social Solidarity Institution, over a period of 9 months totaling 420 hours, where the main objective of intervention is focused on psychosocial support. The institution promotes the development of proactive and robust responses to the community's main social issues, mobilizing a range of services aimed at improving the quality of life for the most disadvantaged.

During this period, activities such as cognitive screenings and psychological follow-ups were carried out, essential for psychosocial intervention. Cognitive screenings were used as an initial assessment tool, while psychological follow-ups focused on individual psychological assessments, highlighting Clinical Cases J and I. In both cases, the importance of adaptation and flexibility in therapeutic approach was evidenced, recognizing the limitations of the psychological evaluation process and emphasizing the need for active patient collaboration. It is crucial to implement adaptive strategies, such as continuous monitoring and focus on emotional resilience, in future interventions.

Keywords: Homelessness; Psychosocial vulnerability; Multi-challenged families; Psychological intervention.

Índice

Resumo	4
Abstract	5
Índice de Figuras	8
Índice de Tabelas	8
Introdução	10
I Parte	14
Contextualização do local de estágio.....	14
1.1. Centro de Acolhimento para pessoas em situação de Sem Abrigo (CAPSA)	15
1.2. Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD)	17
1.3. Espaço CAPAZ.....	17
1.4. O papel do Psicólogo na Instituição	17
II Parte.....	19
Revisão de Literatura	19
2.1. Vulnerabilidade psicossocial	20
2.2. Fatores determinantes	21
2.3. Fatores de risco	23
2.4. Exclusão Social.....	24
2.5. Pessoas em situação de sem-abrigo	24
2.5.1. Sem abrigo e saúde mental	26
2.5.1.1. Doença mental na população sem abrigo	28
2.5.2. Sem abrigo e adição.....	31
2.5.3. Sem abrigo e o processo de envelhecimento	33
III Parte	35
Intervenção Psicológica	35
3.1. Apoio domiciliário.....	36

3.2. Avaliação	37
3.3. Acompanhamento psicológico: modelo centrado na pessoa	40
IV Parte	44
Trabalho de Estágio.....	44
4.1. Objetivos.....	45
4.2. Atividades	45
4.3. Prática clínica	47
4.3.1. Rastreios cognitivos.....	48
4.3.2. Avaliação psicológica.....	49
4.3.2.1. Avaliação psicológica individual – Caso clínico J.	50
4.3.3. Acompanhamentos psicológicos	58
4.3.3.1. Acompanhamento psicológica individual – Caso clínico I	59
V Parte	68
Discussão.....	68
5.1. Caso J.....	69
5.2. Caso I.....	73
5.3. Conclusão	84
5.4. Reflexão.....	90
Referências	90

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma do caso clínico J.....	51
Figura 2 - Genograma do caso clínico I.....	60

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Atividades desenvolvidas no estágio e n.º de horas	47
Tabela 2 – Rastreios Cognitivos.....	48
Tabela 3 – Casos Clínicos	59

Lista de Abreviaturas

ACE-R	Avaliação cognitiva de Addenbrooke
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
CAPSA	Centro de Acolhimento para Pessoas em Situação de Sem-Abrigo
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
EFPPA	European Federation of Professional Psychologists Associations
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GDS	Escala Geriátrica de Depressão
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MERS-COV	Síndrome Respiratória do Médio Oriente
MMPI	Mini Mult Personality Inventory
MMS	Mini Mental State
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PPI	Plano Individual de Inclusão
PSP	Polícia de Segurança Pública
RSI	Rendimento Social de Inserção
S. S	Segurança Social
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS).
SCL-90	Escala de Sintomas
SPM	Matrizes Progressivas de Raven

Introdução

O momento de estágio académico constituiu uma fase determinante no processo de aprendizagem à formação do psicólogo, permitindo a transição entre os conhecimentos teóricos à aquisição das competências, tendo como principal objetivo elevar as aptidões desenvolvidas e alcançadas. Assim, este relatório, relata o caminho percorrido ao longo de nove meses de intervenção, enquanto psicóloga estagiária.

Inicialmente, com foco num período de observação, considerando-se como um dos mais preponderantes, este possibilitou a absorção da informação, havendo espaço e tempo para um maior investimento e envolvimento no contacto com o modo de funcionamento da instituição e dos seus utentes. Foi possível o estudo dos principais conteúdos teóricos da população em questão e das principais problemáticas associadas a este contexto, assim como, a aprendizagem das estratégias e recursos de sobrevivência de alguns utentes.

Uma das aprendizagens mais significativas prende-se com o acompanhamento das primeiras entrevistas dos utentes com a Psicóloga responsável pelo Centro, pois desta forma foi possível observar os diferentes contextos e as variadas técnicas de entrevista. Este período promoveu a reflexão e crescimento pessoal. Numa fase seguinte, foram referenciados os casos mais urgentes para apoio e acompanhamento psicológico, onde decorreriam as reuniões semanais de supervisão, marcadas pela oportunidade de discutir os casos, aprender técnicas, melhorar comportamentos e atitudes e desenvolver competências importantes para a atividade clínica. O presente trabalho pretende espelhar o contributo da psicologia no delinear de estratégias de reintegração e inclusão social. Os objetivos e atividades realizadas são reportados, incluindo a análise pormenorizada dos dois casos clínicos seguidos durante o período de estágio e respetivas conclusões.

A compreensão e análise de realidades complexas, como as experiências de famílias multidesafiadas, demandam abordagens teóricas sólidas e sensíveis às nuances desses contextos. Assim, neste trabalho, exploro como essas famílias lidam com os seus problemas, considerando tanto as suas vulnerabilidades quanto as suas forças, bem como é que os fatores sociais, económicos e psicossociais se entrelaçam para influenciar sua situação. O objetivo é, portanto, não só analisar criticamente essas questões, mas também entender melhor as dinâmicas sociais envolvidas, especialmente em relação ao tema sensível do sem-teto.

No contexto da intervenção psicológica, o apoio à vulnerabilidade psicossocial é fundamental, especialmente ao lidar com pessoas excluídas da sociedade, como as

peessoas em situação de sem-abrigo. Em Portugal, o número crescente destas pessoas, ainda sem uma estimativa exata (representado por 2717 pessoas), evidencia que as atuais intervenções não abrangem a maioria dessas pessoas. Urge uma reflexão sobre a eficácia dessas intervenções, considerando o risco que essa população enfrenta no desenvolvimento de perturbações como perturbações delirantes persistentes, esquizofrenia, toxicodpendência, depressão, alcoolismo, perturbações da personalidade e duplo diagnóstico, embora este último não seja obrigatório neste grupo de indivíduos (Shinn, 2007). Esta realidade de vulnerabilidade social extrema, especialmente no que concerne à exclusão social, destaca a necessidade crucial de intervenção psicológica. O aumento contínuo desse número sugere uma escassez de apoio psicossocial, expondo uma população em risco a diversas problemáticas, como famílias carenciadas, desadaptação cultural, falta de rede de suporte, toxicodpendência e problemas psicopatológicos. Torna-se imperativo refletir e agir para aprimorar a eficiência e eficácia das intervenções na vulnerabilidade psicossocial (Helfrich & Chan, 2013).

Porém, o diagnóstico da situação destas pessoas em situações desfavoráveis apresenta problemas significativos devido a diversos fatores que complicam a realização de avaliações psicológicas. Muitos indivíduos nessa condição enfrentam alterações comportamentais decorrentes do consumo de substâncias, deterioração mental e outras variáveis que dificultam a análise clínica. O acesso a essa população é extremamente difícil, o que impede uma avaliação abrangente e exata da extensão do problema. As estimativas baseiam-se em casos conhecidos, mas a situação geral permanece parcialmente diagnosticada.

A dificuldade em conduzir avaliações psicológicas adequadas é evidente, sendo possível realizar tais análises apenas em ambientes controlados, como centros de acolhimento ou unidades hospitalares. Em outras situações, a avaliação torna-se notoriamente desafiadora, limitando-se ao que é observado nos centros de acolhimento. A população sem-abrigo é sub-diagnosticada, onde é perceptível a presença de questões como toxicodpendência, alcoolismo, psicopatologia e stress pós-traumático. A dificuldade de acesso e as condições precárias em que vivem contribuem para uma compreensão limitada e subestimada das complexidades psicológicas que envolvem essa comunidade.

De entre o trabalho desenvolvido no CAPSA, a população residente no centro apresenta idades compreendidas entre 19 e os 66 anos, com variadas problemáticas sociais. O centro está equipado para receber pessoas em situação de risco e a equipa

técnica tem como principal objetivo definir um projeto de vida, fornecendo todo o apoio psicossocial. Neste contexto, o papel principal do psicólogo abrange o apoio psicológico, no sentido da promoção da autoestima e capacidade de consciência, que permitam a reabilitação pessoal. Mais concretamente, o papel da Psicóloga Estagiária passou pela tentativa de dar resposta às principais necessidades do centro, no que diz respeito ao apoio psicológico e social dos utentes.

É conhecida a existência de psicopatologia instalada nesta população com tendência a carácter permanente, desafiando a intervenção que é desenvolvida. O serviço de psicologia realiza uma entrevista psicológica inicial a todos os utentes que são admitidos no centro, em que o principal foco é avaliar o estado emocional, social e cognitivo. A entrevista visa avaliar e detetar a possível necessidade de intervenção psicológica ou de avaliação psiquiátrica, sendo da responsabilidade do serviço de psicologia a articulação com outros profissionais e serviços de saúde e os respetivos encaminhamentos necessários. É também da responsabilidade do serviço de psicologia, proceder a uma avaliação psicológica, que avalie a personalidade do indivíduo e o seu funcionamento emocional, social e cognitivo com o intuito de perceber as suas potencialidades e recursos disponíveis que possam ser uma mais-valia para o seu projeto de vida e inclusão na sociedade. A avaliação sucede após a assinatura do consentimento informado e da exposição dos objetivos da avaliação, considerando que no fim do processo procede-se sempre à devolução dos resultados.

A bateria de testes que se utiliza para a avaliação do potencial intelectual são as Matrizes Progressivas de Raven (SPM), do funcionamento emocional e psicopatologia a Escala de Sintomas (SCL-90), como avaliador da personalidade utilizou-se o Mini-Mult questionário de personalidade (versão reduzida de MMPI), e outros como a Escala Geriátrica da Depressão (GDS), Avaliação cognitiva de Addenbrooke ACER-R e Mini-Mental (MMSE) consoante as necessidades dos utentes.

O SAD é um serviço que visa dar apoio domiciliário a todos os seus utentes que estão numa situação de mobilização reduzida e dependência, através do restauro da sua particularidade de vida, no sentido que presta serviços orientados para as carências essenciais do ser humano como higiene pessoal, nutrição, limpezas domésticas e apoio

psicológico). É papel do psicólogo a intervenção neste contexto em duas vertentes: o apoio psicológico aos utentes, na análise e despiste de psicopatologia, e o trabalho de estimulação cognitiva como prevenção do envelhecimento e declínio cognitivo. A Psicóloga Estagiária assumiu a responsabilidade de dois utentes neste âmbito, tendo dado início ao acompanhamento no contexto de urgência comunitária, e uma jornada de rastreios cognitivos de avaliação do funcionamento psicológico dos utentes.

Esta necessidade de apoio ao domicílio advém, sobretudo, do envelhecimento da população, que a ela acresce o aparecimento de patologias e comorbilidades associadas, e ainda, a sobrecarga exercida sob o cuidador informal. Garantir uma resposta ao nível psicossocial traduz-se na única solução à qualidade de vida (Simões & Sapeta, 2017).

No que diz respeito à estrutura deste relatório, a primeira parte integra a contextualização do local de estágio, sendo de mencionar que o Centro de Acolhimento para pessoas em situação de Sem Abrigo, surgiu no âmbito da COVID-19. Na segunda parte, apresenta-se a revisão da literatura, que permite contextualizar e ler as problemáticas evidenciadas. Na terceira parte, explica-se a intervenção psicológica e, na quarta parte, encontram-se descritos os principais objetivos e atividades realizadas do estágio com ênfase na prática clínica desenvolvida, tendo por base o Modelo Desenvolvimento Psicoafectivo de Hipólito (2011). Finalmente, a quinta parte enquadra a discussão dos casos clínicos com vista à luz da Teoria da Personalidade e da Conduta de Rogers (1951/2003).

I Parte

Contextualização do local de estágio

O estágio académico decorreu no centro CAPSA e no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) de uma IPSS, sem fins lucrativos, em ordem pública. O seu compromisso de caridade, teve início na década de 70, focando-se particularmente no apoio à infância. Posteriormente, já na década de 80, foi criada a valência de ação social, bem como os serviços culturais e o arquivo histórico. Na década de 90, dá-se uma expansão da atividade para áreas como as do emprego e formação profissional. No final dos anos 80, oferece o seu contributo junto da população idosa (SCM, 2022).

São mais de quatro décadas na luta contra as principais problemáticas da sociedade, e ao dispor da comunidade. Nas últimas décadas, esta IPSS, tem vindo a investir e a centralizar a sua atividade nos quatro principais domínios de intervenção: Ação Social, Apoio ao Idoso, Infância e Psicologia. A promoção e o desenvolvimento de respostas antecipadas e sólidas às principais problemáticas sociais da comunidade, vão de encontro com o objetivo principal, através da mobilização de serviços que focam na melhoria da situação de vida dos mais desfavorecidos (SCM, 2022).

Tem como principal missão, a solidariedade social, regendo-se assim por valores que se baseiam em princípios humanos e éticos, tais como: solidariedade, inovação, igualdade, a melhoria contínua e a sustentabilidade. O primeiro valor humano é a solidariedade para com todos os utentes, de forma a proporcionar a proteção, o cuidado e apoio na integração da sociedade. A inovação é o valor essencial da instituição, e prende-se com o acompanhamento das problemáticas e criação de respostas sociais. Prevalece a prática de uma política de igualdade de género, etnia, religião, estatutos socioeconómicos na prestação de serviços. Deste modo, a instituição compromete-se a contribuir para o desenvolvimento sustentável nas dimensões económica, social e ambiental (SCM, 2022).

1.1. Centro de Acolhimento para pessoas em situação de Sem Abrigo (CAPSA)

Este centro, designado por CAPSA, foi criado a 22/04/2020, ao abrigo de um acordo entre o Município local e a IPSS que assume a gestão deste projeto. Surge no âmbito da pandemia Covid-19, tendo como principal objetivo dar suporte e viabilizar um projeto de vida a pessoas que se encontram vulneráveis.

A dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde decretou o Covid-19 como emergência de saúde pública ao nível internacional, mobilizando uma vasta preocupação internacional (Talevi et al., 2020). Categoriza-se como pertencente à categoria de Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS-CoV) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). É explicada por infeções de carácter zoonóticas que podem ter na sua origem morcegos, pangolins e cobras, encontrados nos mercados húmidos de Wuhan (Ji et al., 2020). Apesar de a sua origem ter iniciado no continente asiático, rapidamente se alastrou por todo o mundo, afetando milhões de pessoas. Constitui-se como uma doença extremamente transmissível e associada a consequências adversas para a saúde (Baig, 2020; Hosseiny et al., 2020; Rothan & Byrareddy, 2020) e até levar à morte em situações mais extremas (Fu et al., 2020). Os indivíduos infetados apresentam sintomas como: falta de ar, febres altas, fadiga, mialgia e tosse (Zhou et al., 2020), foram também verificados outro tipo de sintomas, ainda que sejam em menor frequência, como é o caso de hemoptises, cefaleias, diarreias e expetoração (Huang et al., 2020; Ma et al., 2020) e ainda repercussões ao nível de vários órgãos, nomeadamente o cérebro levando a consequências neurológicas (Nath, 2020).

Existem várias características consideradas de risco para contrair esta doença como é o caso de uma idade mais elevada, doenças cardiovasculares, diabetes, sistema imunológico debilitado e doenças renais (Bryson, 2021). O impacto que a Covid-19 tem de acordo com o seu nível de magnitude e amplitude (Tandon, 2020), traz consigo as consequências negativas para todas as áreas da vida como a indústria, a economia, a agricultura, o mercado global, mas principalmente à saúde humana (Kumar & Nayar, 2020).

Perante este cenário, os sem abrigo representaram uma população particularmente vulnerável às consequências negativas desta pandemia, especialmente em relação à saúde mental destes indivíduos que ficou afetada pelo isolamento social e distanciamento físico a que a Covid-19 forçou, levando a um aumento das taxas de depressão e ansiedade (Brooks et al., 2020; Salari et al., 2020). Desta forma, pessoas que já tinham perturbações psiquiátricas pré pandemia, acabaram por ver os seus sintomas piorar durante o isolamento devido à falta de suporte social e às mudanças drásticas nas suas rotinas (Rajkumar, 2020; Lima et al., 2020). O isolamento social levou ao aumento dos níveis de stress, devido a todo o ambiente de incerteza e de dúvida, ao medo do contágio e preocupação com a saúde dos familiares (Loades et al., 2020; Killgore et

al., 2020). Todos estes fatores resultaram no aumento do número de casos de depressão, sobretudo em indivíduos que já tinham problemas de saúde mental (Pierce et al., 2020).

Neste sentido, foi criado o serviço do CAPSA, que visa acolher temporariamente pessoas em cenário exclusão, suprimindo os seus carecimentos básicos contribuindo, assim, para a inclusão social. Encontra-se provido de recursos físicos e humanos que possibilitem acolher pessoas em risco (SCM, 2022). A impulsão da independência das pessoas em situação de exclusão social, deverá ser trabalhada em termos sanitários, sociais e profissionais, através da mobilização dos seus recursos físicos, culturais, cognitivos e emocionais, mediante a intervenção adequada dos diversos técnicos (Bento & Barreto, 2002).

1.2. Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD)

O SAD é um serviço de apoio domiciliário, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos adultos com mobilidade reduzida, prestando vários serviços que são adaptados às necessidades individuais (e.g. cuidados de higiene pessoal e conforto, apoio psicológico). Neste serviço, o psicólogo tem um papel importante de prevenção e intervenção (e.g. acompanhamento psicológico, avaliação psicológica/rastreio, estimulação cognitiva, entre outros), em situações que envolvem processos psicopatológicos, associados ou não, ao envelhecimento (SCMS, 2022).

1.3. Espaço CAPAZ

O espaço CAPAZ, consiste num serviço de intervenção social e comunitário, tendo por principal objetivo a elevação do envelhecimento saudável, ativo e inclusivo. É um espaço que oferece serviços diversificados, desde o atendimento social, apoio administrativo, fisioterapia, enfermagem e psicologia (SCMS, 2022). O público-alvo contempla a população idosa, em situações de carência e vulnerabilidade.

1.4. O papel do Psicólogo na Instituição

Nesta IPSS, a equipa de psicólogos dispõe de diversos serviços, entre os quais, o serviço de consulta de psicologia aberta à comunidade, por um valor mais acessível, e os acompanhamentos psicológicos, nas diferentes áreas e populações, englobando crianças, adolescentes, adultos e idosos (SCM, 2020). A intervenção desenvolve-se segundo um trabalho interdisciplinar e transdisciplinar de uma equipa de profissionais que trabalham

em conjunto para criar respostas que visam encontrar as necessidades da população alvo, nomeadamente delinear estratégias de reintegração social.

Neste sentido, o papel da psicologia passa pelo acompanhamento psicoterapêutico de todos os utentes, pela intervenção, avaliação neuropsicológica, e apoio psicológico no processo de inclusão social (Almeida & Sousa, 2001). Assim, o serviço de psicologia exerce um papel fundamental junto da equipa interdisciplinar do centro, oferecendo apoio ao nível emocional, nomeadamente através de estratégias de gestão das emoções e de conflitos entre os utentes. A primeira consulta psicológica é obrigatória a todos utentes, sendo que, não existe acompanhamento psicológico permanente, à exceção de casos em que se verifique essa necessidade ou a pedido do utente (Almeida & Sousa, 2001).

O psicólogo que atua em contexto comunitário e domiciliário, tem o objetivo de prevenir situações de desigualdade social, reforçar a mudança social e melhorar a qualidade de vida junto das comunidades, tendo como base intervir em questões e problemas sociais complexos, de forma a contribuir na minimização e/ou resolução dos mesmos. Este tipo de intervenção é importante em comunidades que não têm facilidade de acesso aos serviços de saúde mental. Há situações em que só é possível realizar o apoio clínico em contexto domiciliário, assim, o psicólogo deve de fazer uso da sua capacidade de adaptabilidade às formas não convencionais de intervenção psicológica (OPP, 2020).

Neste sentido, a intervenção realizada é mais próxima e direta com o indivíduo e com o seu ambiente, onde o psicólogo pode ajudar os elementos das comunidades de uma perspetiva global, compreendendo melhor a relação direta entre indivíduo e o seu meio envolvente (Ornelas, 1997).

II Parte

Revisão de Literatura

2.1. Vulnerabilidade psicossocial

O modelo de compreensão teórica sobre a vulnerabilidade social, frequentemente centrado em famílias, refere-se a uma abordagem conceptual que analisa como as dinâmicas familiares e as características do ambiente familiar podem contribuir para a vulnerabilidade de determinados indivíduos ou grupos sociais. Nesse contexto, a vulnerabilidade social é entendida como a suscetibilidade a adversidades ou desafios sociais, económicos, ou de saúde.

Contudo, existem várias formas de definir a vulnerabilidade social. Alexander (2011,) indica que a vulnerabilidade é “o potencial para perdas e danos inerentes a uma pessoa ou a uma coisa” (p.10); já, Mendes (2018), indica que “os critérios de definição da vulnerabilidade definem quais as pessoas e os grupos que estão em risco e, consequentemente, quem pode ficar traumatizado” e que, nesse sentido, “inscreve os limites entre a normalidade (como segurança) e a normalização da insegurança (o que não é aceitável socialmente como risco à luz das lógicas locais, ou de referentes mais abstratos como os direitos humanos” (pp.468-469).

Quando aplicado às famílias, este modelo da vulnerabilidade social procura identificar fatores que aumentam a probabilidade de um grupo familiar enfrentar dificuldades significativas. Assim, este modelo é utilizado para descrever famílias que se encontram diante de fatores de risco de diferentes naturezas. Esses fatores colaboram ou ampliam a probabilidade de que os membros dessas famílias possam vir a enfrentar perturbações psicológicas. Geralmente, esses riscos estão associados a acontecimentos de vida negativos, que têm o potencial de intensificar e predispor a ocorrência processos não funcionais nos âmbitos físico, social e/ou emocional (Prati, Couto & Koller, 2009).

Considera-se como risco qualquer situação que se apresente como um obstáculo, tanto a nível individual quanto contextual, amplificando a vulnerabilidade inerente. Diante desses riscos, a disposição familiar pode reagir de maneira ineficaz, incapaz de responder funcionalmente e estabelecer uma base saudável para seu desenvolvimento. Os mecanismos de recursos estruturais de apoio social e afetivo dessas famílias não conseguem ser mobilizadas de maneira funcional e responsiva. A coerência familiar é prejudicada, impedindo o desenvolvimento de estratégias que promovam resiliência e superação (Prati et al., 2009).

O termo de famílias em vulnerabilidade social emerge da abordagem que compreende o desenvolvimento humano de maneira individualizada. Famílias vulneráveis são aquelas

em que as pessoas que a constituem enfrentam riscos nos seus recursos pessoais. Diversos termos, como "famílias problema" e "famílias disfuncionais", são empregues para descrever este segmento. Contudo, atualmente, o foco dos estudos e das intervenções destas famílias a "multinecessitadas", ou seja, para uma abordagem mais construtiva. Esta ênfase positiva permite a exploração da resiliência destaca os fatores de proteção, sendo que estas famílias passam a ser vistas como sistemas carentes de suporte social, enfrentando riscos e carências sem resposta. As situações de crise surgem na interação entre a família, a comunidade e toda a sociedade. Todos esses fatores devem ser levados a sério ao fazer o rastreio dos fatores de proteção que podem ser mobilizados pela família em curso (Pratiet al., 2009).

Portanto, analisar a vulnerabilidade social a partir do ponto de vista das famílias permite compreender como as relações familiares, estruturas e dinâmicas internas podem influenciar a capacidade de enfrentar ou mitigar riscos sociais. Além disso, esse modelo também pode considerar como a vulnerabilidade social pode se manifestar de maneira intergeracional, ou seja, como as experiências de vulnerabilidade numa geração pode afetar a próxima. Por exemplo, condições desfavoráveis vividas por uma família podem ter impactos duradouros nos membros mais jovens, criando um ciclo de vulnerabilidade que persiste ao longo do tempo (Motta & Parente, 2018).

De facto, a compreensão teórica da vulnerabilidade social baseada nas famílias permite uma melhor compreensão das complexas interações entre fatores individuais, familiares e sociais que contribuem para a vulnerabilidade. Isso, por sua vez, pode orientar a formulação de estratégias e políticas mais eficazes para lidar com os desafios sociais e promover resiliência nas famílias e comunidades.

2.2. Fatores determinantes

Os fatores determinantes na teoria sobre famílias em vulnerabilidade psicossocial abrangem uma variedade de elementos que podem contribuir para a situação desafiadora que essas famílias enfrentam causas como a pobreza, a idade, o sexo ou o estatuto social, podem estar relacionados com a existência de circunstâncias de desigualdade sociais que antecedem a existência da vulnerabilidade social (Mendes, 2018).

Neste prisma, de acordo com Mendes (2018), para uma segura apreciação da vulnerabilidade social e da sua integração como instrumento eficaz de planeamento de uma intervenção, deve-se considerar os seguintes elementos: as extensões de estrutura do território; os elementos biofísicos; as características demográficas das populações; o

capital da sociedade e as redes de apoio que existem; as extensões socioculturais; a política pública como as que desenvolvem e investem publicamente; e todo o planejamento económico.

Porém, existem outros elementos determinantes nesta teoria sobre famílias em vulnerabilidade social, que desvelam complexidades que moldam significativamente o ambiente familiar, como: diligência, maus-tratos, toxicodependência, baixo rendimento escolar e carência económica.

A diligência, como elemento-chave, influencia a capacidade da família de enfrentar desafios e procurar soluções de maneira persistente. A falta desse atributo pode ser um precursor para a vulnerabilidade, tornando mais difícil para a família superar adversidades, visto que não consegue um bom ajustamento das pessoas ao seu contexto e à sua vida, mesmo perante situações de risco (Prati et al., 2009). Os maus-tratos, sejam eles físicos, emocionais ou psicológicos, emergem como fatores impactantes na dinâmica familiar, dado que traumas dessa natureza têm o potencial de criar um ambiente prejudicial, afetando negativamente o bem-estar emocional e social dos membros familiares.

A toxicodependência, como um dos determinantes, introduz uma dinâmica adicional de desafio, sendo que o abuso de substâncias não apenas afeta a estabilidade emocional da família, mas também compromete as dimensões financeiras e sociais, exacerbando a vulnerabilidade e dificultando a procura por uma vida saudável. O baixo rendimento escolar, enquanto fator determinante, pode impor obstáculos ao progresso da família, dado que um baixo desempenho académico pode limitar as oportunidades futuras dos membros familiares, impactando sua autoestima e perspetivas de vida. Por fim, a carência económica, talvez o fator mais tangível, desempenha um papel crucial na vulnerabilidade social.

A falta de recursos financeiros impede a entrada a serviços básicos, como a formação e saúde, mas também amplifica as dificuldades enfrentadas pela família, criando um ciclo desafiador (Prati et al., 2009; Aldrighi, 2011; Calejon, 2011).

Reconhecer a interconexão desses fatores é fundamental para abordar a vulnerabilidade social de forma abrangente. Uma abordagem holística que leve em

consideração os aspetos emocionais, financeiros e sociais, é essencial para proporcionar o suporte necessário a essas famílias. Ao entender a complexidade desses determinantes, é possível implementar estratégias eficazes que promovam resiliência e capacitem as famílias a superarem os desafios que enfrentam (Prati et al., 2009).

2.3. Fatores de risco

Atualmente, na sociedade, a situação de pobreza reflete uma vasta lista de carências, sejam elas a nível de recursos monetários, a um estatuto social desvalorizado e humilhante. A pobreza é concetualizada como carência de poder para ter influência nas pessoas ou no seu futuro, é presenciada com um sentimento de inferioridade que funciona como castradora à identidade dos mais vulneráveis, uma vez que não existe sentimento de pertença a nenhum grupo nem a nenhum estatuto na sociedade, verificando-se uma vulnerabilidade social e laboral com repercussão de evidente exclusão e marginalidade (Castel, 1991).

Em relação aos fatores individuais associados a esta problemática podem destacar-se do ponto de vista de fatores de risco as doenças físicas e mentais, o consumo de substâncias ilícitas, e a perda de valores e crenças (Main, 1998). Estas características individuais e pessoais, levam os indivíduos a situações de maior fragilidade associadas às dificuldades percecionadas, e ainda a situações de instabilidade emocional, solidão, isolamento, com perdas basilares na sua estrutura psíquica, formando um fosso emocional, de acordo com Pais (2006) “Em todos vejo rostos desgastados pelo tempo. Ao anoitecer, cambaleando, parecem tropeçar com a escuridão da noite (...) uns anseiam por comunicar, outros prezam uma solidão habitada de silêncios, ao desabrigo das palavras (...) que palavras o silêncio esconde? Que sentidos expressa? Que identidades sustenta? Que sentimentos habita? (...) Muito do que não pode ser dito só pode ser vivido, da mesma forma que nem tudo o que é vivido pode ser transmitido.” (p.39).

Desta forma o sentimento é de impotência, desânimo, desgaste, fragilidade na estrutura psicológica, falta de motivação, do comprometimento das capacidades de cognição e relação, com o grau de disfunção devido à não organização biopsicossocial, torna-se desta forma, bastante diminuída a probabilidade de reabilitação e saída deste estado de sofrimento. Os indivíduos que estão nesta situação de pobreza, encontram-se resignados a um estado de profunda desistência, em que a única preocupação é a supressão das necessidades básicas (Frade, 1998).

2.4. Exclusão Social

Exclusão social é um fenómeno multidimensional que se caracteriza por um vasto leque de situações que estão em falta ou em estado deficitário. É caracterizada pela rutura ou escassez de trabalho e de habitação, falta de apoio da Segurança Social, falta de apoio do sistema familiar enquanto sistema de suporte emocional e socioeconómico, constituindo-se como variáveis essenciais à estabilidade emocional, psicológica e física de qualquer pessoa (Bento, 2002). Muitas das vezes, a exclusão social é definida com a existência de várias ruturas de forma sucessiva, sendo a nível laboral, familiar, habitacional e socioeconómico, traduzindo-se na situação de sem-abrigo propriamente dita, com todas as ruturas que essa situação implica. Este fenómeno inclui a noção de pobreza, miséria e principalmente a falta de estrutura a nível social (Antunes & Faria, 2009).

Em suma, a exclusão social define-se pela escassez de recursos, falta de oportunidade, incapacidade de reivindicação de necessidades, pela impossibilidade de afirmação na sociedade, sendo um processo complexo de desconstruções individuais e sociais. É o conjunto inexistente de práticas sociais importantes na vida em comunidade/sociedade, que se alteram e moldam a relação que os indivíduos mantêm consigo mesmos, com os outros e com a sociedade de que fazem parte (Cruz et al., 2006).

Associado aos seus limites sociais e carências desenvolvidas, esta população aumenta a quantidade de comportamentos desviantes e criminosos (Cruz et al., 2006), acrescentado ainda a carência ao nível da rede de suporte social, à ausência de recursos (monetários, materiais, etc.) que permitam à pessoa ter um nível de consumo adequado às suas necessidades e ainda à dependência dos serviços sociais para o acesso às suas necessidades de comida e de medicação. A perpetuação desta situação de vulnerabilidade e cronicidade leva, inevitavelmente, a uma situação de danificação progressiva do estado da saúde do indivíduo, e consequente aparecimento de doenças derivadas do estilo de vida. Todas estas adversidades são de difícil gestão, o que desencadeia um conjunto de problemas: psicológicos, físicos e ocupacionais. Para além desta população específica estar abaixo do limiar de pobreza, padece de várias necessidades de saúde (Helfrich & Chan, 2013).

2.5. Pessoas em situação de sem-abrigo

Na última década houve um aumento alarmante no número de pessoas em situação de sem-abrigo na maior parte dos países da Europa, sendo que a pandemia de Covid-19 exacerbou a vulnerabilidade das pessoas em situação de exclusão, destacando as desigualdades habitacionais e a falta de habitação acessível. Porém, as explicações individualistas continuam a ter um peso significativo nas opiniões sobre o acontecimento, o que muitas vezes leva a atribuir a responsabilidade pela situação à própria pessoa. Isso acaba por condicionar o debate público, bem como as respostas sociais e políticas relacionadas com esta questão (Fernandes et al, 2023).

Neste sentido, Nobre (2020, p.339) refere a condição de sem-abrigo como “um processo resultante de uma combinação de fatores adversos que sucedem ao longo do tempo com consequências perduráveis e impactos diversificados, que se articulam de formas complexas”. Por isso, não existe um conceito único de “sem abrigo”, uma vez que cada país atribui importâncias e dimensões diferentes (Jorge, 2022). Perante esta falta de consensualidade e uma necessidade de se estabelecer uma definição mais abrangente e unânime, muitos autores criam a própria definição. Para Bento e Barreto (2002), pessoas em situação de isolamento social sem apoio da família ou suporte social são consideradas sem-abrigo. São pessoas que: vivem na rua, ocupando de forma ilegal casas que se encontram abandonadas, barracas, fábricas; alojados em instituições de solidariedade social; a viver em esconderijos públicos (ex: arcadas); a residir em estabelecimentos prisionais ou hospitalares (não tendo habitação ao sair dessas instituições); resumidamente pessoas a viver sem condições socialmente aceitáveis e adequadas.

A perceção da sociedade sobre os sem-abrigo, bem como a própria perceção que têm de si próprios, influencia em grande escala as situações sociais, criando dificuldades e barreiras ao acesso a serviços de apoio e na sociedade em que estão inseridos, dificultando desta forma o acesso a melhores condições de vida (Shier et al., 2010).

Está definido na Constituição Portuguesa (1976), nomeadamente no artigo 65º, nº1: “todos têm direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e privacidade familiar” (instituto da segurança social, 2015, p. 4). em suma, pode definir-se sem-abrigo como a pessoa com falta de recursos/meios (pobreza) e de laços comunitários (exclusão social) para deter um alojamento próprio e adequado (Bento & Barreto, 2002).

Pode caracterizar-se o sem-abrigo ao nível de causas, sendo que estas podem ser

causas acidentais, causas económicas, causas estruturais ou causas sociais (Pereira et al., 2000). Pode também definir-se ao nível do tempo de permanência a viver na rua e consequente grau de vulnerabilidade social através de quatro formas de sem-abrigo: o *crónico*, estando diretamente associado à toxicodependência e ao alcoolismo, onde o sem-abrigo passa maioritariamente a sua vida na rua, contactando com pessoas na mesma situação de exclusão social que o próprio vivência; o *periódico* em que tem numa habitação, mas que a abandona quando existe um nível de pressão intensa, mas vai mantendo-se acessível quando a pressão se ameniza (ex: conflitos familiares constantes), o que cria uma situação de instabilidade; o *temporário*, que se caracteriza por uma situação inesperada que ocorreu sem forma de resolução imediata e que acaba por não ter recursos para fazer face (doença, desemprego, etc); e por último o *total*, sendo o mais catastrófico, uma vez que não tem habitação de qualquer natureza nem mantém nenhum tipo de relação com a comunidade onde se insere, pernoitando na rua com pouca ou nenhuma esperança futura nem de recuperação, sendo o mais traumático de todos (Rivlin, 1986, citado por Pereira et al., 2000).

A definição mais próxima da realidade é a partir do estado habitacional que se, inserem e no local onde pernoitam (Sousa & Almeida, 2001). As razões que tornam alguém nesta situação e que justificam este processo descendente deste tipo de ataque com implicações severas à dignidade do ser humano, sendo processos multifatoriais, constituindo-se um processo com perdas excessivas que conduzem a pessoa à situação de pobreza extrema (Costa et al., 2008).

2.5.1. Sem abrigo e saúde mental

As doenças do foro mental constituem-se como um forte preditor de perigo e de fragilidade podendo levar à posição de sem-abrigo, na medida que toda a função psicológica do indivíduo sofre alterações, o que vai impactar a funcionalidade e autonomia, tendo uma maior gravidade indivíduos com esquizofrenia (Bento & Barreto, 2002). A sintomatologia associada a esta doença, como por exemplo: delírios, alucinações auditivas/visuais, comportamentos bizarros, negligência na higiene pessoal, dificultam o estabelecimento de relações interpessoais estáveis o que pode levar à alienação e ao isolamento social (Mojtabai, 2005).

Na maioria dos casos de situação de sem-abrigo, as doenças psicopatológicas são precedentes à vida na rua, sendo que existe uma maior prevalência de todas as patologias mentais em sem-abrigo em relação à população geral, situando-se entre os 25 a 50% (Jorge, 2022). Contudo, as dificuldades (precariedade económica e social, devastação psicológica, etc) que os indivíduos, nesta situação, estão expostos diariamente, são potenciadoras no desenvolver de surtos psicóticos e na manutenção das perturbações mentais. As patologias mais comuns nesta população são: perturbações delirantes persistentes, esquizofrenia, toxicodependência, depressão, alcoolismo, perturbações da personalidade e duplo diagnóstico, não sendo um carácter obrigatório neste grupo de indivíduos (Shinn, 2007).

A demência tem também alguma preponderância na população sem-abrigo mais idosa, podendo estar diretamente ligada à falta de estimulação intelectual e cognitiva proveniente de longos períodos de exclusão e de exposição ao álcool (Bento & Barreto, 2002).

A saúde mental é uma condição profunda e de extrema importância no funcionamento do ser humano. Como defende Matos (2003, p.12) “quando uma parcela desse corpo adoece ou “dói”, a doença ou a dor será necessariamente mental e vice-versa. Será sempre global. Sendo assim, aquilo a que costumamos chamar Saúde Mental, deveria chamar-se apenas Saúde...apenas Saúde, “*tout court*.” Nesta população marginalizada, os problemas físicos e mentais, poderão ser explicadas como alterações psicossomáticas, como resultado de uma luta psicológica e falta de laços afetivos significativos. Posto isto, há uma necessidade inerente de perceber as experiências emocionais e psicológicas indissociáveis à dura vida dos Sem-Abrigo, assim surge como uma importante contribuição as teorias psicológicas (Bento & Barreto, 2002).

Contudo, o Covid-19 veio ainda exuberar mais as questões da saúde física e mental e das pessoas excluídas pela sociedade, por isso, Pires et al. (2021), referem algumas estratégias de adaptação, que foram utilizadas durante esta época e que, de certa forma, ainda podem ser mobilizadas para a atualidade. A adaptação psicológica durante o confinamento requereu o uso de estratégias eficazes de *coping* e autorregulação emocional. Manter rotinas, praticar atividades físicas ao ar livre, dedicar-se a hobbies, meditar e cuidar do bem-estar físico são essenciais para promover o equilíbrio mental. Além disso, estratégias como limitar a exposição às notícias, resolver problemas de forma proativa e procurar apoio social são cruciais para enfrentar o stresse e a ansiedade. Ou

seja, adotar uma abordagem equilibrada, focada no autocuidado e na conexão social, pode ajudar a preservar a saúde mental (Pires et al., 2021).

2.5.1.1. Doença mental na população sem abrigo

A depressão é das perturbações mentais mais comuns, sendo uma doença com uma taxa elevada de prevalência ao nível mundial. É uma doença que leva a quadros clínicos débeis, podendo os sintomas variar entre ligeiros a graves, podendo ter uma duração de longos meses a anos. Tem uma ligação direta com o envelhecimento, com traumas, uso de farmacologia, questões físicas, entre outros fatores potenciadores. É importante esclarecer que é uma doença que não escolhe classe social, nem género, todos os cidadãos estão suscetíveis a poder vir a desenvolver a doença em qualquer momento da sua vida (Carvalho, 2017).

De acordo com o “Programa Nacional Para a Saúde Mental” (2015) cerca de 21% da população nacional sofre de depressão, sendo um número em constante desenvolvimento (DGS, 2017). Existe maior prevalência em idosos e do género feminino, e como consequência da depressão desenvolvem-se problemas ao nível do funcionamento global do indivíduo tais como: problemas nas valências afetivo-emocional, somático, cognitivo, comportamental e motor, podendo em alguns casos levar ao suicídio (Almeida, 2015).

Perante as taxas de envelhecimento populacional ao nível mundial, o tema idoso tem tido maior destaque nas investigações científicas e consequentemente as perturbações que mais afetam os indivíduos idosos, nomeadamente a depressão (Silva et al., 2012; Almeida, 2015; DGS, 2017). Trata-se de uma perturbação psicológica de extrema gravidade, em que os fatores genéticos e ambientais funcionam como fatores de risco (Mojtabai, 2014), assim como história clínica familiar, episódios depressivos, comorbidades, eventos ansiogénicos e stressores e abuso de fármacos ou drogas (Santos, 2011). A presença desta patologia nos idosos tem um prognóstico que exige mais preocupação, pois é uma doença que interfere nas capacidades funcionais, como a autonomia, relações sociais e no autocuidado. Está relacionada com a morbilidade e mortalidade, levando a uma urgência em utilizar unidades de saúde, mas com uma taxa de adesão terapêutica reduzida o que se traduz num quadro psicopatológico mais elevado e maiores taxas de suicídio associadas (Teston et al., 2014). Espera-se cerca de metade (50%) dos idosos com perturbação depressiva não são alvo de diagnóstico e consequentemente de tratamentos especializados. A depressão não diagnosticada e não

tratada leva ao agravamento de doenças crônicas, problemas nas relações interpessoais, leva ao risco de morte e suicídio e prejudica na adesão ao tratamento de comorbidades existentes (Almeida, 2015).

Normalmente certas alterações que ocorrem na velhice são designadas como normais e não têm a devida atenção, como por exemplo: perturbações no sono, perda do gosto pela vida, desinteresse generalizado, fadiga, falta de apetite, dificuldades de socialização e dores físicas (Silva, 2010). Podem funcionar como “máscara” para a depressão, pois nestas idades a depressão surge através de formas mais atípicas, dificultando o diagnóstico e consequente o tratamento (Martins, 2008). Com o avançar da idade, os idosos vão se deparando com acontecimentos marcantes, como perdas continuadas, o que faz com que experienciem sentimentos de desânimo, tristeza e saudade (Freitas et al., 2010).

É de ressaltar que a existência de sintomas como a tristeza não são suficientes para determinar que o idoso tem depressão. Podem ser indicativos da perturbação os seguintes sintomas: irritabilidade, culpa, desamparo, dificuldade em expressar o que sente, perda de prazer na realização de atividades comuns e desvalorização pessoal, podem ser fatores suspeitos da presença de depressão no idoso (CNS, 2019).

Existem outros sintomas que devem ser levados a sério e que podem ser indicativos de um estado depressivo: diminuição do apetite, alterações na capacidade de concentração e atenção, perda das funções cognitivas, falta de interesse, diminuição da autoconfiança e diminuição da capacidade de experimentação do prazer na generalidade (Santiago & Holanda, 2013).

A depressão marca muito a sua presença na vida do idoso, pois vai prejudicando a sua qualidade de vida no decorrer da vida (Matias et al., 2016). Pois o idoso vê-se a perder progressivamente as capacidades que tinha outrora, dificuldades cognitivas, dificuldades de aprendizagem, dificuldades cognitivas, perda de estatuto social, sentimento de solidão, isolamento, afastamento do seu grupo de suporte (Santos, 2010).

A adaptação a esta fase de vida vai variando de pessoa para pessoa e pode tornar o idoso mais predisposto a quadros clínicos depressivos, dependendo também da sua vulnerabilidade emocional e da sua reação ao envelhecimento (Martins, 2008). Desta

forma, idosos depressivos revelam insatisfação para com aquilo que lhes é proporcionado em prol do seu bem-estar (Soares et al., 2013).

Nesta população, a prioridade ao nível da saúde está relacionada com as queixas físicas, descorando a saúde mental. Só há o cuidado nesta vertente, quando existem consequências ao nível da vida quotidiana do idoso. Um maior apoio psicoterapêutico desde a infância, facilitaria a compreensão da problemática, da sua evolução e consequente melhoria na qualidade de vida do indivíduo idoso (Oliveira, 2016). Quando há a institucionalização, principalmente nos lares, os idosos acabam por perder a esperança na vida e assumem essa realidade como sendo o fim das suas vidas, provocando muitos sentimentos deprimidos pela separação familiar e habitacional, sentimentos de inutilidade e de abandono, ausência de intimidade, tristeza constante, insegurança, falta de privacidade e autoestima e a rotina de que todos os dias são iguais, contribuindo desta forma para a gravidade da patologia (Bruno et al., 2006).

O transtorno depressivo é uma condição de saúde mental que afeta todo o tipo de pessoas, entre as quais, a classe dos sem abrigo, é uma perturbação bastante comum, que não tem a importância por parte da sociedade e dos próprios indivíduos. A inexistência de casa, as constantes exposições a comportamentos abusivos, a ausência de rede de suporte, a falta de serviços de saúde mental e a fome, são fatores que se tornam determinantes para o aparecimento e manutenção da taxa de depressão nesta população. Esta condição clinicamente tem um impacto nefasto na vida dos sem abrigo, contribuindo para o sentimento de desesperança, falta de motivação e isolamento (Obando & Roy, 2018).

A saúde mental na população é um dos maiores problemas associados à população sem abrigo, em que as taxas de depressão e esquizofrenia são bastante elevadas. A probabilidade dos sem abrigo desenvolverem esquizofrenia é maior comparativamente com outros indivíduos da população geral. Isto deve-se a fatores ambientais tais como: abuso de substâncias ilícitas, experiências traumatizantes e vivem em condições precárias (Fazel et al., 2014). As perturbações psicológicas mais comuns na população sem abrigo são: alcoolismo, toxicodependência, esquizofrenia, perturbações da personalidade, depressão e perturbações delirantes persistentes e (Fischer & Breakey, 1991; McQuiston et al., 2003; Muñoz et al., 1996). Ao nível nacional pode concluir-se, pelos dados dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direção Geral de Saúde, que há uma maior predominância para as psicoses e perturbações da personalidade (Bento, 1999).

Já, a perturbação do espectro de esquizofrenia não especificado é uma categorização

diagnóstica que contém vários sintomas psicopatológicos que não se enquadram noutro subtipo de diagnóstico de esquizofrenia, normalmente verifica-se em casos onde a informação escassa para chegar a um diagnóstico mais específico ou em casos que os sintomas verificados não se enquadram num outro subtipo da doença. Os sintomas presentes nesta especificação podem ser: alucinações, pensamento desorganizado, delírios, comportamentos bizarros, afetos inadequados, entre outros (American Psychiatric Association, 2013).

Estudos revelaram uma associação significativa entre a esquizofrenia e outras perturbações psiquiátricas e a população sem-abrigo ao serem comparados com o resto da população (Folsom et al., 2005; Kaspro & Rosenheck, 2008). O aumento desses diagnósticos entre os sem-abrigo pode ser atribuído a fatores como o stress, a exposição a ambientes inseguros e violentos, bem como ao trauma psicológico, todos reconhecidos como preditores de crises psicóticas (Gelberg et al., 2015). A instabilidade e a adversidade vivenciadas pelos sem-abrigo contribuem para a complexidade da apresentação clínica, tornando o diagnóstico específico mais desafiador. A compreensão dessas interconexões é crucial para a implementação de intervenções eficazes que abordem simultaneamente as condições de sem-abrigo e as complexidades das perturbações psiquiátricas associadas.

2.5.2. Sem abrigo e adição

A toxicodependência surge num contexto de pessoas mais frágeis, esta vulnerabilidade pode ter múltiplos fatores como preditores deste comportamento, entre os quais: individuais, contextuais (Dias, 2003) e familiares (Conner et. al., 2010; Ouzir & Errami, 2016). Nos fatores individuais está presente a vontade para experienciar a influência do grupo de pares (Dias, 2003), a personalidade de cada um (traços de personalidade) (Merikangas et al., 2009) ou a presença de patologias antecedentes ao consumo (Fergusson et al., 2008; Zucker et al., 2008). Nos fatores contextuais e familiares, pode verificar-se que a maior taxa de incidência para o consumo está nos indivíduos que pertencem a estatutos sociais frágeis (Merikangas et al., 2009), com famílias destruídas, infância com acontecimentos adversos, carências de vínculos afetivos positivos, educação precária e isolamento social (Fergusson et al., 2008; Zucker et al., 2008).

Como o álcool é considerado uma substância acessível, o seu consumo acaba por ser livre e justificado nos momentos de tristeza, alegria, *stress*, festas, relaxamento mental, relaxamento físico ou um outro motivo que seja justificativo do consumo do mesmo

(Balan et al., 2006; Nunes et al., 2012). O seu consumo excessivo está associado à depressão major. A intoxicação provocada pelo excesso de consumo, resulta em efeitos neurológicos negativos, tais como a alteração do processo químico do mesmo, ao nível dos neurotransmissores, neste caso diminuindo os níveis de dopamina, levando a um estado de humor agravados (Archie et al., 2011).

A dependência de substância psicoativas e do álcool têm semelhanças neurológicas, nomeadamente no que diz respeito aos sistemas de recompensa do cérebro, uma vez que o seu consumo está relacionado com alterações nos neurotransmissores, como é o caso da dopamina, que faz de mediadora das sensações de recompensa e prazer (Volkow & Li, 2004).

Embora existam teorias que defendam que a psicopatologia pode ter a sua origem antes do uso e abuso de substâncias ilícitas, o autor Karch (2008) acredita que pode não haver causa-efeito entre o consumo de substâncias e a psicopatologia, no entanto o consumo dessas mesmas substâncias pode funcionar como fator crítico na origem da sintomatologia psicopatológica, assim como a presença de perturbações psicológicas podem exercer influência positiva no abuso de substâncias ilícitas.

Segundo o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2016), os toxicodependentes detêm um nível maior de psicopatologia em comparação com a população geral, com índices mais elevados nas alterações de humor e na conduta de personalidade, nas alterações de ansiedade, quando é relacionado a um diagnóstico mais completo. A toxicodependência e a psicopatologia têm associações com o vínculo, nomeadamente o tipo de interação com as figuras vinculativas e/ou parentais, vai exercer influência direta no consumo e/ou no desenvolvimento de perturbações psicológicas. Vários estudos têm demonstrado essa influência direta ao verificar que o *bonding* parental precoce desempenha um papel protetor, contribuindo na prevenção de psicopatologias e de outros fatores críticos (Mickelson et al., 1997; Schindler et al., 2005).

De acordo com a OMS (2015), a toxicodependência atinge a sociedade gravemente, onde existem vários fatores desencadeadores e com uma proporção sistemática (Dias, 2003). Representam efeitos altamente catastróficos para o indivíduo a todos os níveis, emocional, físico, familiar e social (Breslau et al., 2008; EMCDDA, 2016), em que na maioria das vezes esses efeitos são reproduzidos pelas vias da violência, criminalidade, crimes sexuais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas e tráfico, entre outros (Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime, 2010; Henriques, 2013; OMS, 2015).

2.5.3. Sem abrigo e o processo de envelhecimento

O envelhecimento dispõe de inúmeras definições, consoante as perspectivas teóricas e referenciais históricos. Segundo o autor Jacob (2023), o envelhecimento trata-se por ser um sistema, natural, irreversível e que vai progredindo, do nascimento à morte. É um processo individual e singular, que tem certas características dependendo de cada indivíduo, estando relacionado com um leque de modificações biopsicossociais que vão decorrendo ao longo da vida (Sequeira, 2010). Pode ainda definir-se sendo algo certo que se caracteriza por alterações progressivas ao nível psicológico, biológico, social, afetivo e cognitivo. Pode considerar-se como um fenómeno natural, multidimensional que resulta de vários processos desenvolvimentais, sendo influenciado consecutivamente por vários fatores que interagem de forma interrupta (Cabral, 2013).

Quando o assunto é o envelhecimento, a sociedade remete logo que este seja um processo gradual de debilidade e consequentemente à presença de patologia clínica (Lima & Coelho, 2011). Estes dois termos não devem por si só estarem ligados obrigatoriamente, uma vez que um indivíduo idoso pode não ter ou vir a desenvolver doenças e ainda, que as patologias clínicas podem vir-se a manifestar num indivíduo jovem (Minayo & Coimbra, 2002). Apesar das tentativas de teorias explicativas, as alterações advindas do processo de envelhecimento, dividem-se em duas categoriais: psicossociais e biológicas, não havendo nenhum que engloba a sua totalidade (Simões & Sapeta, 2017). O processo de envelhecimento tem um conjunto de implicações funcionais, biológicas e orgânicas que advêm das perdas progressivas no funcionamento dos sistemas e órgãos e, consequentemente no decréscimo ao nível das capacidades de respostas e adaptação do corpo, revelando por isso risco no desenvolvimento de comorbilidades. Nem sempre estas alterações se traduzem em incapacidades, vai depender sempre das intensidade e ocorrência, variando de indivíduo para indivíduo

(Pocinho et al., 2015).

Na valência biológica, o envelhecimento é descrito e caracterizado como um processo ativo e crescente, que começa no momento da concepção e continua ao longo do tempo de vida do indivíduo até à morte (Fechine & Trompieri, 2012). Na valência psicossocial, o envelhecimento é caracterizado pela repercussão psicológica que advém das alterações corporais, nomeadamente as alterações nos comportamentos e atitudes que outrora tiveram nos vários ambientes: laboral, ocupacional e familiar, resultando numa diminuição na participação no contexto social (Cabral et al., 2013). Daí o envelhecimento não ser apenas e só um processo biológico, é mais do que isso, envolve processos culturais e psicossociais, tornando-se desta forma num fenómeno multifatorial, complexo e multifacetado (Santos et al., 2013).

O envelhecimento bem-sucedido remeteria para “balança” em equilíbrios das variáveis ganho-perda (Baltes, 1990). Quando há um desequilíbrio dessa “balança” e a parte da perda fica em vantagem, forma-se o contexto perfeito para que haja prejuízos na saúde mental, mais especificamente depressão no adulto idoso (Moreira, 2012). O envelhecimento não é nenhuma doença, mas sim uma maior vulnerabilidade dos organismos para o desenvolver vários tipos de doenças, podendo diminuir a autonomia e capacidade funcional do idoso (Paiva et al., 2016). A perda de capacidades está intimamente relacionada com sentimentos de autodepreciação, ansiedade, prejuízos na saúde cognitiva e mental, doenças somáticas, depressão e declínio cognitivo (Clark et al., 2016). A depressão constitui-se como a perturbação mais prevalente no idoso, o que se torna urgente a necessidade de investimento nesta temática.

III Parte
Intervenção Psicológica

No capítulo dedicado à intervenção, explora-se os elementos cruciais que moldaram a abordagem no contexto do apoio domiciliário. Este capítulo abarca uma tríade essencial: o Apoio Domiciliário, a Avaliação e o Acompanhamento Psicológico. Este capítulo proporcionará uma visão aprofundada das estratégias, dilemas e triunfos enfrentados durante o processo de intervenção, delineando o comprometimento da psicóloga estagiária na procura contínua por soluções eficazes e inclusivas no âmbito do apoio domiciliário.

3.1. Apoio domiciliário

Embora o estágio tenha ocorrido, sobretudo, no Espaço CAPAZ – centro de acolhimento para pessoas em situação de sem-abrigo – por necessidade da entidade acolhedora, tive integrada no SAD, onde realizei alguns acompanhamentos junto de pessoas acamadas. É de mencionar que, embora estas pessoas não se encontrassem em situação de sem-abrigo, viviam em situações de insalubridade. É, portanto, neste sentido que se encaixa a reflexão dos próximos parágrafos.

O cuidador é aquele que se dedica a prestar cuidados para suprimir a incapacidade definitiva ou temporária de outro indivíduo. São aqueles que tem um papel determinante na promoção e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada, garantindo a sua dignidade e qualidade de vida. É uma função que acarreta muitos esforços, tarefas e tensões que podem levar à exaustão aos níveis económicos, físicos, psicológicos e sociais (Nascimento et al., 2008). O cuidador formal é um profissional com formação específica para os cuidados que presta e que recebe uma retribuição financeira pelo serviço prestado, tendo como principais funções a promoção e manutenção do bem-estar, e cuidar da alimentação e saúde do indivíduo (Born, 2006). Embora seja considerado uma profissão, muitos dos indivíduos que detêm esta profissão, são pessoas com baixa escolaridade e formação especializada reduzida (Barbosa et al., 2011). É uma profissão caracterizada pela sua complexidade e exigência, podendo vir a tornar-se uma fonte stressora, que depende da forma como a pessoa é, sua cultura e do grau de cuidados da pessoa cuidada (Cardoso et al., 2012).

Para além de todas as funções, os cuidadores sentem-se responsabilizados por prestar apoio emocional, através de uma relação que se estabelece, para ajudar o utente a ultrapassar as dificuldades provenientes da situação em que se encontra (Vedel et al.,

2014). Há ainda a referência por parte dos cuidadores formais, da escassez de tempo para proporcionar tudo o que cada utente necessita, devido à acumulação de trabalho em excesso, sendo que se traduz numa dificuldade prejudicial para quem cuida como para o utente (Colomé et al., 2011). Para além do excesso de trabalho, também é descrito a elevada exigência do esforço físico e acumulação de tarefas (Barbosa et al., 2011; Colomé et al., 2011) o que se traduz para os cuidadores formais em altos níveis de stress e de descontentamento no trabalho (Pinto et al., 2009). A relação entre as necessidades do utente, as características do cuidador, as condições existentes, os cuidados a prestar e os fatores socioculturais, entre outras variáveis estão correlacionados com o nível de sobrecarga que o cuidador formal está submetido (Cardoso et al., 2012).

A sobrecarga divide-se em duas formas através da componente objetiva e subjetiva. A primeira, é traduzida do que resulta proveniente dos cuidados prestados (Sequeira, 2010), sendo caracterizada por sobrecargas aspetos relacionados com a manutenção da rotina dos cuidados físicos prestados (Hoenig & Hamilton, 1966; Schene, 1990). A segunda componente não objetiva da sobrecarga está diretamente ligada ao entendimento do próprio cuidador sobre os resultados que desenvolve a partir do ato de cuidar (Sequeira, 2010). É representada através dos efeitos psicológicos nos cuidadores (Schene, 1990). Desta forma, esta componente é caracterizada pelos aspetos da saúde psicológica e física do cuidador, da somatização, tensão, irritabilidade, depressão, stress, culpabilização, dúvida, incerteza, entre outras. (Hoenig & Hamilton, 1966; Schene, 1990).

Em suma, existe uma relação entre a sobrecarga vivenciada pelo cuidador formal e a sua qualidade de vida, torna-se por isso importante dar atenção às consequências prejudiciais advindas da prestação de cuidados, para que sejam desenvolvidas estratégias preventivas e de atuação eficazes (Sequeira, 2010).

3.2. Avaliação

No âmbito da intervenção psicológica, uma avaliação é um forte elemento clínico que permite compreender um conjunto de carências e de características dos utentes, nomeadamente em termos de uma deteção de possíveis perdas cognitivas. Neste ponto, apresentam-se os instrumentos psicométricos ou de rastreio empregados, delineando a sua pertinência no contexto.

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke. Foi desenvolvido por Mioshi, et al. (2006), validado para a população portuguesa por Firmino, et al. (2010). É utilizada para detetar algumas condições clínicas, tais como: Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL), Demência, Alzheimer, Parkinson, entre outros. O teste permite avaliar cinco dimensões diferentes do funcionamento cognitivo, a Atenção (“Quanto é 100 menos 7 (...) volte a subtrair 7”) e Orientação (“Qual é o dia da semana?”), para um total de 18 pontos. A dimensão de Memória com 26 pontos, a Fluência Verbal com 14 pontos, a Linguagem com 26 pontos, e por fim, 16 pontos para a dimensão Visuo Espacial (é pedido para copiar alguns desenhos como pentágonos, cubos, relógio redondo com todos os números, e colocar os ponteiros a marcar 11h10). É de aplicação individual, e a soma dos resultados obtidos nos domínios abrangidos dará origem ao resultado total do teste, podendo chegar aos 100 pontos. Desta forma, resultados mais altos correspondem a melhores níveis de funcionamento cognitivo (Alexopoulos et al., 2010; Begeti et al., 2013; Kwak et al., 2010; Rittman et al., 2013; Yoshida et al., 2012).

Escala de Depressão Geriátrica. Escala desenvolvida por Yesavage et al., (1983) foi adaptada para a população portuguesa por Barreto, et al.(2008). É utilizada para rastrear a depressão, avaliando para esse efeito, aspetos cognitivos e comportamentais, que são particularmente afetados na depressão do idoso. O questionário é aplicado diretamente ao adulto mais velho ou de autoaplicação, sendo constituído por questões dicotómicas (Sim/Não). É atribuído 1 ponto a cada resposta que sugira a presença de depressão. A versão original é uma versão completa com 30 questões, onde posteriormente foi reduzida a 15 questões. A cotação varia de zero (ausência de sintomas depressivos) a 15 (presença máxima de sintomas depressivos). Segundo Almeida e Almeida (1999), pontuações superiores a 5, indicam sintomas depressivos.

Mini Exame do Estado Mental. (MMSE; Folstein et al. (1975); versão portuguesa, Guerreiro et al., 1994) É utilizado para avaliar as funções cognitivas de uma forma geral, permitindo uma monitorização do quadro clínico. Permite a avaliação de seis domínios cognitivos a partir de 30 itens englobados, sendo que 10 itens permitem perceber a orientação no espaço e no tempo, e 3 itens de evocação imediata avaliam a memória, já a tarefa de subtração em série que existe na prova está englobada para avaliação do domínio da atenção e cálculo. Para avaliar a evocação diferida, é pedida a evocação das três palavras que foram ditas anteriormente. O domínio da Linguagem é avaliado a partir de diferentes tarefas: a) nomeação de dois objetos; b) repetir uma proposição; c) entendimento

verbal; d) capacidade escrita; e) capacidade para construção frásica. Por fim, a capacidade construtiva é avaliada através do desenho manual que consiste numa cópia de uma figura – dois pentágonos parcialmente sobrepostos (Guerreiro et al., 1994). A pontuação resulta da cotação dicotómica de cada item, (0) se a resposta for incorreta; (1) se estiver correta, exceto na prova de subtração em série, ou seja, se o indivíduo errar, mas continuar a efetuar a subtração corretamente a partir desse mesmo erro, consideram-se as seguintes como corretas. Na prova da capacidade construtiva, tremor e a rotação não são fatores de valorização. Assim, a pontuação máxima são 30 pontos. A sua validação para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994) apresenta uma boa consistência interna (α de Cronbach = .89) e foram obtidos os seguintes pontos de corte: Analfabetos (< 15); de 1 a 11 anos de escolaridade (< 22), e para mais de 11 anos de escolaridade (< 27). (Guerreiro et al., 1994).

Inventário de Personalidade Mini-Mult. (Kincannon, 1968; versão portuguesa, Lopes, 1985). O Mini-Mult diz respeito a uma versão reduzida do instrumento Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI; Hathaway & McKinley, 1943), que avalia padrões da personalidade e perturbações emocionais. É um questionário dicotómico, de autopreenchimento e de rápida aplicação, pois é uma versão reduzida constituído apenas por 71 itens representativos do MMPI (Inventário descritivo de dimensões da personalidade e da psicopatologia). É pedido aos participantes que respondam a cada afirmação selecionando verdadeiro ou falso conforme a sua experiência e opinião face às questões. Este teste é constituído por 11 escalas, 3 de validade e oito escalas clínicas: (Felizardo, 2005).

Lista de Controlo de Sintomas (SCL-90). (Symptom Checklist-90). O SCL-90 é um questionário de autoavaliação em que o objetivo de medir os sintomas de psicopatologia em adolescentes a partir dos 14 anos e adultos. É constituído por 90 itens que permitem avaliar nove escalas clínicas diferentes (ideação paranoide e psicótica, obsessão-compulsão, somatização, ansiedade fóbica, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão e hostilidade) e três índices globais de gravidade dos sintomas. O tempo que é preciso para gerenciar e cotar é cerca de 15-20 minutos, contudo a sua aplicação é extensa e demorada. Os resultados obtidos nas diferentes escalas clínicas espelham a natureza das queixas principais e dos sintomas psicológicos que podem variar

de 0 a 4 em que: 0 – o indivíduo não vivencia sofrimento; 1 – o indivíduo passa por um sofrimento inconstante e fraco; 2 – o indivíduo passa por um sofrimento constante e de força média; 3 – o indivíduo passa por um sofrimento constante e de força média a alta e 4 – o indivíduo passa por um sofrimento muito constante e de alta força. O valor final do instrumento dá uma indicação da gravidade da psicopatologia, tornando o SCL-90 um instrumento muito utilizado para diversos fins, como rastreio inicial de perturbações psiquiátricas e como medidor de resultados de efeitos das terapias (Derogatis, 1977).

Matrizes Progressivas de Raven. (Matrizes de Raven Raven, J. , & Court, J. , 1991). Este instrumento tem como principal objetivo avaliar o fator “g” de inteligência através da medição da percepção, capacidade de abstração, raciocínio analógico, resolução de problemas, entre outros. A prova é constituída por 60 questões de escolha múltipla, com diferentes níveis de dificuldade onde são apresentadas diversas formas geométricas desorganizadas, incompletas e confusas, mas que seguem sempre um padrão lógico. O sujeito deve seguir o raciocínio da prova de forma a encontrar relações e correlações organizadas quando se depara com os conjuntos de figuras geométricas desorganizados. A aplicação é fácil e económica e a pontuação máxima é de 60 pontos.

3.3. Acompanhamento psicológico: modelo centrado na pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa insere-se na corrente da Psicologia Humanista, tendo-se desenvolvido a partir da década de 40, nos Estados Unidos da América. Surge de forma diferenciada no que respeita à perspetiva do Homem, onde o ser humano é encarado como sendo dotado da sua liberdade, poder de escolha, autonomia e autodeterminação. Carl Rogers, considerando o impacto negativo que as mais diversas situações podem ter sobre o desenvolvimento e bem-estar do indivíduo, acredita no papel ativo e na capacidade não limitativa para reagir a acontecimentos adversos, pois o Homem é visto como sendo intimamente motivado para um processo construtivo contínuo, movido pelo instinto de sobrevivência, organização e evolução no sentido progressivo da sua existência (Santos, 2004).

De acordo com Rogers, vigoram três conceitos fundamentais da Abordagem Centrada na Pessoa com base num método fenomenológico. Isto é, este tipo de terapia destaca a experimentação subjetiva vivida como base de conhecimento, sendo que, o papel do terapeuta passa, a partir do ponto de vista fenomenal do cliente, procurar

a compreensão da consciência vivencial da experiência de si e do mundo (Santos, 2004). O primeiro conceito corresponde à tendência atualizante, ou seja, a propensão natural para o desenvolvimento, evolução e visão positiva de progressão, uma vez que intrinsecamente existe a capacidade individual para a autorrealização, maturidade e atualização das potencialidades inerentes (Brodley, 1997; Rogers, 2007; Wood & Wood, 2008; Rogers, 2009; Schütz & Itaquí, 2016; Leal, 2018).

O segundo conceito fundamental, a não diretividade, pressupõe o poder de reencontrar a sua própria direção e o poder de reorganização da concepção de *self*, responsável pelo seu processo de autonomia e de modificação. Por outras palavras, existe uma tendência à autorrealização no sentido do processo de congruência e autodescoberta (Brodley, 1997; Hipólito, 2011; Leal, 2018; Nunes 1999; Rogers, 2003; Rogers, 2007; Rogers, 2009; Schütz & Itaquí, 2016; Wood & Wood, 2008).

A terceira base conceptual prende-se com as condições necessárias e suficientes, entre as quais: A compreensão empática que se designa "um processo dinâmico que consiste na capacidade de penetrar no universo do outro, sendo sensível à mobilidade e significação das suas vivências. Permite tomar consciência de sentimentos que ainda não lhe são claros, respeitando o ritmo das suas descobertas e mantendo uma abertura a tudo o que de novo possa surgir"; O olhar positivo incondicional prevê uma genuína aceitação do outro desprovida de juízos de valor; A congruência refere-se à consistência interna, ao estado de integração psicológica do terapeuta no espaço da relação; o contacto psicológico entre duas pessoas; estado de incongruência, vulnerabilidade ou ansiedade por parte do cliente (Brodley, 1997; Hipólito, 2011; Leal, 2018; Nunes, 1999; Rogers, 2007; 2009).

O principal desafio enfrentado na psicologia comunitária, especialmente em intervenções realizadas em contexto de apoio domiciliário, reside na manutenção da congruência quando a atuação ocorre em condições adversas. A prestação de serviços em domicílio muitas vezes ocorre em ambientes que carecem de condições básicas de saneamento, o que contradiz o cenário ideal para práticas psicológicas. No entanto, é notável que as seis condições necessárias e suficientes para uma terapia eficaz, embora desafiadoras, não são comprometidas; pelo contrário, acabam sendo reforçadas como estratégias de adaptação.

Essa realidade exige dos profissionais um constante trabalho interno de gestão e ajuste de expectativas, pois lidam com circunstâncias que fogem ao padrão convencional. A falta de controle sobre o ambiente, muitas vezes carente de condições adequadas, torna desafiadora a garantia do princípio da confidencialidade, elemento fundamental na prática psicológica. No entanto, apesar das barreiras físicas impostas por ambientes pouco controlados, os técnicos envolvidos nessas intervenções conseguem se beneficiar da compreensão mais aprofundada do contexto em que o utente está inserido.

Esta adaptação à realidade do utente, por mais complexa que seja, pode resultar em estratégias inovadoras de intervenção e uma compreensão mais holística dos desafios enfrentados pela comunidade atendida. A capacidade de ajustar-se a condições adversas e encontrar soluções criativas destaca a resiliência da psicologia comunitária, mesmo quando confrontada com ambientes pouco convencionais ou desfavorecidos.

Ademais, a atuação em psicologia comunitária, especialmente em contextos de apoio domiciliário, apresenta desafios significativos, sendo a manutenção da congruência do técnico essencial para uma intervenção eficaz. Embora o modelo teórico de compreensão e análise utilizado destaca-se pela ênfase na vulnerabilidade das famílias multidesafiadas, revelando uma abordagem sensível às complexidades dessas realidades, ao aplicar esse modelo aos sem-abrigo, deparamo-nos com obstáculos específicos. O diagnóstico preciso torna-se uma tarefa árdua, dada a frequente influência de consumos substanciais, deterioração mental e as condições desafiadoras em que vivem. A acessibilidade limitada a essa população dificulta avaliações psicológicas detalhadas, resultando num subdiagnóstico evidente, embora se estime a presença de toxicodependência, alcoolismo, psicopatologia e stress pós-traumático.

No cenário de apoio domiciliário, a congruência do técnico é crucial, apesar das adversidades. A falta de saneamento básico contraria o ideal de *setting*, mas as seis condições terapêuticas fundamentais não devem ser comprometidas. A gestão interna e a adaptação de expectativas emergem como estratégias vitais. A confidencialidade, embora desafiada pelo ambiente pouco controlado, é preservada através de um trabalho interno cuidadoso.

Para ultrapassar esses desafios, é imperativo adotar abordagens adaptativas e estratégias específicas. A flexibilidade, o desenvolvimento de competências contextuais, a definição de limites claros e a ênfase na colaboração e empoderamento são essenciais.

A supervisão, o autocuidado, a promoção de parcerias com outros profissionais e a utilização de recursos comunitários emergem como componentes fundamentais para enfrentar as dificuldades associadas à insalubridade.

Em suma, a congruência do técnico em condições desfavoráveis é viável mediante uma abordagem sensível, adaptativa e colaborativa. A psicologia comunitária, ao aplicar o seu modelo teórico, deve considerar as nuances da vida dos sem-abrigo e desenvolver estratégias que respeitem a dignidade e a singularidade de cada indivíduo, mesmo em cenários desafiadores. Ademais, embora em contexto de estágio tenha ido sozinha para os apoios domiciliários, na minha opinião, isso não deve ocorrer, pois é necessário, acima de tudo, manter a segurança do técnico.

IV Parte
Trabalho de Estágio

4.1. Objetivos

Os objetivos para o presente relatório de estágio foram traçados segundo as normas da EFPPA - *European Federation of Professional Psychologists Associations* -, sendo o objetivo geral a aquisição de competências e aplicação de todo o conhecimento adquirido, de forma ética e deontológica na prática clínica.

Para tal, definiram-se como objetivos específicos: compreender e aprender sobre o Modelo solidário de carácter religioso e espiritual instituído na instituição; compreender as problemáticas mais comuns nas diferentes populações-alvo; desenvolver competências e atitudes na prática clínica; desenvolver as técnicas de observação, entrevista clínica; desenvolver a conceptualização de casos clínicos; desenvolver competências comunicacionais e de adaptação aos diferentes contextos; proporcionar suporte à equipa técnica do serviço social na identificação das necessidades psicológicas dos utentes; desenvolver e aplicar conhecimentos sobre farmacologia, tendo em conta os principais grupos de fármacos; desenvolver experiência em resposta ao défice cognitivo através de técnicas de estimulação cognitiva; adquirir conhecimento sobre as principais características das diferentes populações (EFPPA, 2015).

4.2. Atividades

No âmbito desta intervenção, a prática clínica foi sempre regida pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), pautando-se por uma ética apropriada ao contexto de intervenção e supervisionada. O plano de estágio inicial foi adaptado conforme as normas da instituição, incorporando atividades ao longo do tempo com o propósito principal de desenvolver técnicas e competências em resposta às diversas populações e problemáticas presentes na instituição.

Pode-se dizer, de forma geral, que o estágio contou com três patamares: observação participante, intervenção supervisionada observada e intervenção, ou seja, no contexto de intervenção, o psicólogo (neste caso a psicóloga estagiária) desempenha papéis fundamentais em várias atividades, cada uma contribuindo para o seu desenvolvimento profissional e impacto positivo na comunidade. Durante a fase de observação participante, atua como um observador ativo, imergindo-se na dinâmica da instituição para compreender a sua cultura e desafios. Na intervenção supervisionada observada, a aplicação prática de competências é guiada por supervisores, garantindo a conformidade com melhores práticas e princípios éticos. À medida que ganha autonomia com

supervisão, o psicólogo estagiário, assume responsabilidades crescentes na condução de intervenções, beneficiando ainda da orientação necessária. Mas, em todas essas atividades, o psicólogo estagiário integra teoria e prática, adapta-se às necessidades da população atendida e promove a ética, qualidade e aprendizagem contínua. Reflexão constante, capacidade de adaptação e procura pelo conhecimento são características-chave que definem um técnico eficaz e comprometido com a excelência na intervenção psicossocial.

Neste contexto, apresentam-se, de seguida, as atividades realizadas ao longo dos nove meses de estágio, que corresponderam a 420h de estágio.

A dinâmica da instituição foi minuciosamente observada, proporcionando um aprofundamento do conhecimento e a exploração de vários métodos relacionados com provas psicológicas e intervenção psicológica. Foi uma oportunidade para compreender as principais problemáticas e métodos essenciais para uma eficaz organização e execução da prática clínica. Essa análise constante permitiu a realização de avaliações psicológicas e intervenções, contribuindo para o desenvolvimento de competências de análise clínica numa perspetiva holística dos casos individuais.

Além disso, participei ativamente no desenvolvimento de iniciativas e workshops, tendo a oportunidade de realizar uma visita de estudo relacionada com o contexto comunitário. Contribuí ainda para a organização de uma sala de estudo e de um espaço de convívio entre os utentes, envolvendo-me em diversas atividades desenvolvidas na instituição. Também, considero que essa participação ativa é fundamental para uma boa prática profissional, visto que permite a construção de uma ponte entre o conhecimento técnico e as necessidades práticas da população.

Ademais, a participação nas reuniões de equipa semanais do Departamento de Psicologia permitiu a partilha de informações relevantes e troca de ideias. Na minha perspetiva, estas reuniões são essenciais, visto que permitem a partilha de informações relevantes, a discussão de desafios enfrentados durante as intervenções e colaboração na planificação de atividades, sendo que a participação ativa nessas reuniões fortalece a coesão da equipa e a qualidade do serviço prestado.

Adicionalmente, tive a oportunidade de participar numa formação sobre instrumentos psicológicos específicos, alinhada com as problemáticas existentes na instituição, constituindo uma componente complementar e enriquecedora da minha experiência. Sem

dúvida que a formação complementar amplia o leque de competências de qualquer técnico, capacitando-o para lidar com diversas problemáticas específicas da instituição. Ao participar na formação, os técnicos adquirem conhecimentos atualizados e estratégias inovadoras, sendo essa aprendizagem contínua vital para enfrentar desafios emergentes e oferecer um serviço de qualidade.

Na tabela que se segue (Tabela 1), apresentam-se as atividades e as suas respetivas horas.

Tabela 1 - Atividades desenvolvidas no estágio e n.º de horas

Atividades desenvolvidas	N.º de horas
Observação e organização para a realização da prática clínica	120h
Avaliação e intervenção	170h
Organização e participação em diversas atividades para a instituição	65h
Supervisão	60h
Formação complementar	5h
Total	420h

Ao longo dessas atividades, perceciono uma evolução nas técnicas e competências relacionadas às diversas necessidades da população, assim como no aprimoramento das habilidades de comunicação e relacionamento, especialmente no contexto das principais problemáticas enfrentadas por pessoas em situação de vulnerabilidade.

4.3.Prática clínica

Na abordagem à prática clínica, este estágio ofereceu uma oportunidade valiosa para a aplicação de conhecimentos teóricos em um contexto real, destacando-se através de rastreios cognitivos e acompanhamentos psicológicos. Estas atividades específicas, essenciais no âmbito da intervenção psicossocial, foram cuidadosamente desenvolvidas para fornecer uma resposta ajustada às necessidades individuais dos utentes. Dentro deste contexto, exploro os rastreios cognitivos como uma ferramenta de avaliação inicial e os acompanhamentos psicológicos, com foco detalhado em avaliações psicológicas individuais através de casos clínicos específicos, nomeadamente o Caso Clínico J e o Caso Clínico I. Este capítulo destaca a interseção entre teoria e prática, evidenciando como a intervenção psicológica pode ser moldada e personalizada para abordar de

maneira eficaz os desafios enfrentados pelos utentes, promovendo assim o desenvolvimento e bem-estar psicossocial.

De entre os acompanhamentos, foram selecionados dois casos clínicos, um de avaliação psicológica, denominado de caso J, e outro de acompanhamento psicológico, ou seja, o caso I. Ambos assinaram um consentimento informado permitido a apresentação do caso no presente relatório, seguindo as todas as diretrizes formais.

4.3.1. Rastreios cognitivos

Os rastreios e avaliações psicológicas realizadas nos serviços SAD e Espaço Capaz são atos exclusivos dos psicólogos e têm como principal objetivo a análise das diversas áreas do funcionamento psicológico, através do despiste de alguns possíveis problemas comuns na população em questão. A aplicação e domínio dos instrumentos, foi aprendida e praticada numa fase inicial do estágio durante o período de observação e revisão de literatura, sendo que após essa fase surgiu a oportunidade de fazer vários rastreios em contextos muito diferentes. A bateria de instrumentos utilizada nos rastreios foi: *Mini Exame do Estado Mental*. (MMSE; Folstein et al., 1975; versão portuguesa, Guerreiro et al., 1994); *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke*. (ACE-R; Mioshi et al., 2005; versão portuguesa, Firmino et al., 2010) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Yesavage et al., 1983; versão portuguesa, Barreto et al., 2007). Na tabela 2 apresentamos a síntese dos oito casos avaliados.

Tabela 2 – Rastreios Cognitivos

Utente	Idade	Instrumentos	Local avaliação	Resultados	Aconselhamentos/ Conclusões
I.P	62	GDS; ACE-R	Capsa	Sintomatologia depressiva ligeira; Declínio Cognitivo/Ausência	Apoio psicológico; Participação em atividades lúdico-recreativas e de socialização
V.R	75	GDS; ACE-R	Domicílio	Sintomatologia depressiva moderada; Declínio cognitivo-Compromisso nos níveis avaliativos Atenção e	Integração num programa de estimulação cognitiva; Retomar a hidromassagem que parou devido á pandemia;

A.C	72	GDS; ACE-R	Domicílio	Orientação, memória e linguagem Sintomatologia depressiva-Ausência Declínio Cognitivo-Ausência	Repetição da avaliação num período de 3 meses Reavaliação após 6 meses de modo a acompanhar possíveis impactos da sua condição como cuidador.
J.R	80	GDS; ACE-R	Domicílio	Sintomatologia depressiva ligeira; Declínio Cognitivo-Deterioração cognitiva	Estimulação Cognitiva; Apoio Psicológico semanal; Recomendação da partilha do relatório com o médico que acompanha o utente
M.P	80	GDS; ACE-R	Domicílio	Sintomatologia depressiva moderada; Declínio Cognitivo-Ausência	Participação em atividades lúdico-recreativas e de socialização.
R.N	73	GDS; ACE-R	Domicílio	Sintomatologia depressiva-Ausência Declínio Cognitivo-existência de défice cognitivo, maior compromisso nas áreas da memória e atenção;	Apoio psicológico Estimulação Cognitiva -Participação em tarefas lúdico-recreativas e de socialização
M.R	90	GDS; ACE-R	Domicílio	Sintomatologia depressiva- Sintomatologia depressiva moderada Declínio Cognitivo-Abaixo do esperado para o nível de escolaridade	Apoio psicológico (semanal) Integração em atividades de estimulação cognitiva
C.J	76	GDS; ACE-R	Domicílio	Sintomatologia Depressiva- Sintomatologia depressiva ligeira Declínio Cognitivo-Comprometimento nos níveis de fluência verbal	Estimulação Cognitiva Apoio Psicológico

4.3.2. Avaliação psicológica

Esta avaliação consiste num decurso complexo e sistematizado, em que o foco principal é a análise das dimensões cognitivas, afetivas e da personalidade do sujeito, é um ato exclusivo dos psicólogos e tem um papel central na sua prática clínica. (APA, 2020). Nesta IPSS, é recorrente a realização de processos de avaliação psicológica aos utentes dos diferentes serviços, quando é necessária uma maior compreensão do sujeito, no sentido de ajudar a monitorizar as principais problemáticas através de um plano de intervenção terapêutica. Estas avaliações são solicitadas pelas responsáveis dos serviços. Tendo em conta o contexto específico da instituição, a preocupação à volta das problemáticas da sociedade, a população-alvo dos diferentes serviços, a bateria de testes utilizada abrange instrumentos para avaliar a personalidade, psicopatologia e as diferentes dimensões cognitiva, emocional, social e afetiva. Os instrumentos utilizados apresentam robustez psicométrica, nomeadamente, validade e fidelidade. Os resultados obtidos numa avaliação psicológica são cruciais para o parecer final do psicólogo (OPP, 2020).

Na condução deste estágio, foram empregues diversos instrumentos de avaliação psicológica, oferecendo uma abordagem abrangente para compreender e monitorar o estado psicossocial dos utentes.

A Avaliação Cognitiva de Addenbrooke, validada em Portugal tem sido utilizada para detetar condições como Declínio Cognitivo Ligeiro, Demência e Alzheimer, permitindo avaliar cinco dimensões do funcionamento cognitivo. A Escala de Depressão Geriátrica, validada e adaptada em Portugal desempenhou um papel crucial no rastreio da depressão em idosos, através de questões que exploram aspetos cognitivos e comportamentais. O Mini Exame do Estado Mental proporcionou uma verificação geral da cognição no geral, abrangendo os domínios principais da linguagem, memória, atenção orientação. Além disso, o Inventário Mini-Mult permitiu a análise dos padrões da personalidade e perturbações emocionais. A Lista de Controlo de Sintomas (SCL-90) foi empregue para medir sintomas de psicopatologia, proporcionando uma compreensão aprofundada das queixas e do estado psicológico. Por fim, as Matrizes Progressivas de Raven foram utilizadas para avaliar a inteligência geral através de tarefas que medem perceção, raciocínio analógico e resolução de problemas. Essa variedade de instrumentos permitiu uma avaliação holística, contribuindo para estratégias de intervenção personalizadas e eficazes.

4.3.2.1. Avaliação psicológica individual – Caso clínico J.

Identificação. O caso J. retrata um indivíduo do sexo masculino, natural de Moçambique, com 50 anos de idade. É solteiro, dispõe de habilitações literárias até ao 11º ano. Encontra-se em Portugal desde os seus 2 anos de idade, onde reside desde sempre com a mãe, uma idosa de 82 anos. Apresenta-se, de seguida, o genograma (Figura 1).

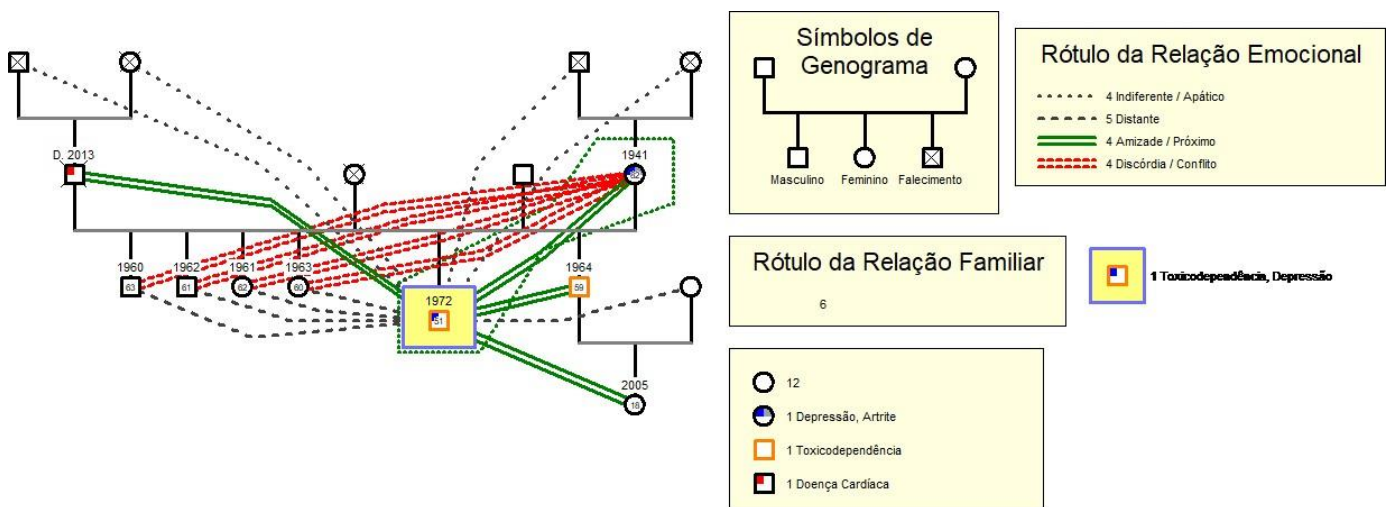


Figura 1 – Genograma do caso clínico J.

Descrição clínica. J. é referenciado a uma Avaliação Psicológica, pela Assistente Social responsável pelo SAD, devido à sua sintomatologia depressiva e por suspeita de uma eventual recaída no consumo de álcool que estava até então controlado. O processo incidiu na avaliação do funcionamento cognitivo, emocional e na análise da personalidade do utente. A avaliação decorreu em três sessões, dando espaço à colheita de material informativo por intermédio de uma entrevista, à observação do comportamento e aplicação de instrumentos de avaliação.

J. reside em condições precárias sem saneamento e higiene (maus odores, sujidade, cama em mau estado; insetos rastejantes). A habitação é de dimensão reduzida, não havendo condições de mobilidade. J. encontra-se acamado devido à sua condição de saúde – Síndrome de Guillan-Barre, situação que desencadeia um estado de desânimo e sofrimento, pois as limitações físicas nos membros inferiores, coloca a sua situação atual numa dependência total para a realização de todas as tarefas. Neste sentido, a sua mãe

desempenha o papel de cuidadora informal.

Encontra-se em Portugal desde 1974, tendo vindo acompanhado pela mãe e os cinco irmãos. O pai terá falecido no ano de 2013, facto que explica visivelmente abalado e comovido *“tenho muitas saudades do meu pai, sinto tanto a falta dele, era tão meu amigo, foi-se embora de uma forma fulminante”* [sic]. Descreve um ambiente familiar conflituoso, contudo *“foi nessa casa que fui mais feliz, tinha muitos amigos de infância”* [sic]. Refere-se à altura da escola, que decorreu na ilha dos Açores, onde obteve um desempenho escolar favorável, contudo *“Uma seca, as pessoas eram maçadoras e todas cristãs. O verão era um paraíso e o inverno era um inferno pois nos Açores não havia nada para fazer”*. A partir da 4.º classe, mudou de casa, e consequentemente de escola, alguma vezes onde *“perdia-me na matemática pois todas as escolas davam matérias diferentes.”* [sic]. A família atravessou uma fase conturbada, onde as oportunidades de trabalho faltavam ou não vingavam. Surgiu a hipótese de emigrar para o Canadá com a sua mãe, no entanto não chegaram a conseguir o visto. Menciona que as sucessivas mudanças na sua vida ofereceram uma grande instabilidade *“Comecei a fumar haxixe e a beber álcool, apanhava mocas iguais às do meu irmão. Eu andava sempre com três amigos, passávamos o dia todo a fumar charros e a beber”* [sic].

A sua primeira experiência de trabalho passa por uma oportunidade como ajudante de eletricista. Pouco tempo depois, passou uma temporada num país Europeu, onde trabalhou num hotel durante 18 meses, *“trabalhava muito, mas também ganhava muito bem e gostava do que fazia. Aprendi línguas, conheci muitas pessoas novas. Ainda conseguia enviar dinheiro para Portugal. A vida corria-me bem”* [sic]. Nesta fase da sua vida compartilhava quarto com *“Um rapaz que todas as manhãs fumava heroína, mas nesta altura só fumava haxixe e bebia álcool, comprava uma placa de haxixe (...) e dava para muito tempo”* [sic]. Relata a história do traficante que lhe vendia o haxixe, e que certo dia lhe forneceu heroína *“experimentei aquilo com ele naquele dia, apanhei a maior moca da minha vida, quando fui a ver estava agarrado e não passava um dia sem fumar. Quando dei por mim já era um consumidor diário de heroína”* [sic].

O regresso a Portugal ficou marcado pela paixão avassaladora que vivenciou, a qual descreve de forma emotiva *“Apaixonei-me loucamente, foi amor à primeira vista. Foi o início de um amor e de uma aventura no mundo das drogas”* [sic]. Juntos alugaram uma casa onde passavam os dias a fumar heroína e a experimentar de uma tórrida história de amor. Deram início a um ciclo de destruição, em que para além da heroína, consumiam

muita cocaína, refere que os delírios e as paranoias eram constantes de ambas as partes. Terminaram o namoro de uma forma súbita, pela cessação da comunicação por parte da namorada. Alguns anos mais tarde, recebe a notícia da morte trágica daquela que foi “*a mulher da minha vida*” [sic]. O desgosto de amor levou ao crescendo do vício “*eu vendia tudo, as roupas, CDs, mobílias para conseguir aquela droga*” [sic]. Refere que, aos 29 anos após experimentar metadona, abandonou o consumo de qualquer outra droga. O consumo da metadona, possibilitou a que se iniciasse um processo de abstinência de substâncias ilegais. Porém, compensava a dependência com o consumo excessivo de álcool.

Descreve o meio ambiente onde cresceu como sendo pesado e de má influência, na medida em que, esteve sempre inserido num contexto de toxicodependência, contando com um historial de consumo de substâncias ilícitas e excesso de bebidas alcoólicas. Até aos seus 25 anos, sofreu vários internamentos e tentativas de reabilitação, mas sem sucesso pois havia uma constante resistência quanto à recuperação, levando a cabo fugas dos internamentos. Aos 25 anos começou a ser seguido no serviço de psiquiatria de um Hospital Psiquiátrico. Aos 29 anos começou a tomar metadona, uma quantidade de 78 ml, gradualmente passou para 50 ml e depois para 20 ml. Em novembro de 2019 é internado na sequência de uma septicémia que o conduziu a um coma durante o período de um mês. Ainda durante o internamento contraiu uma pneumonia grave. A 24/1/2020 foi diagnosticado com o Síndrome Guillan-Barre, uma doença neurológica incapacitante, do qual resultou um internamento contínuo no hospital até julho do ano de 2021. Consequentemente, acaba por ser transferido para um lar, e no final do mesmo ano regressa a casa algaliado. Em outubro de 2022, dá entrada num Hospital geral devido a problemas de álcool e comportamentos desviantes, sendo que, poucas horas depois acaba por ter alta. Afirmar que na altura conseguiu travar o consumo de álcool. A par disto, refere um histórico de uma luta contra a depressão desde a sua juventude.

Quanto à sua situação atual, a sua principal preocupação é a dependência que tem dos cuidados da sua mãe, sendo esta idosa e estando também a atravessar algumas dificuldades características do avanço da idade “*eu quero-me curar antes que a minha mãe morra*” [sic], e uma vez que teme a necessidade de ter de recorrer a um lar. Nota melhorias relativamente à mobilidade dos membros inferiores, garantido que o acesso à fisioterapia, faz a diferença na sua recuperação. No entanto, as sessões de fisioterapia são muito espaçadas no tempo. Neste momento, debate-se com a sua relação com o álcool,

registando progressos, pois passou de um consumo de 2,5L para 1L por dia. Ainda assim, não deixa de ser um escape à sua realidade. Tenta abstrair-se através das atividades de jogos online ou visionamento de vídeos, filmes, rede social de vídeos, desporto e através da sua grande paixão pela culinária.

No que respeita à terapêutica medicamentosa: 1x 50mg Quetapina – fármaco utilizado para o tratamento da doença bipolar, depressão associada à doença bipolar, esquizofrenia, perturbação depressiva *major* e perturbação de ansiedade generalizada, atuando como um antipsicótico atípico, estabilizador de humor, diminuindo a irritabilidade e agressividade (Infarmed, 2014d); 1x 75mg Pregabilina - A substância atua no sistema nervoso como um modelador que liberta efeito ansiolítico e tranquilizante (Bandelow et al., 2015); 1x40mg Pantoprazol – indicado para o tratamento de gastrite (Freedberg, Kim, & Yang, 2017); 1x10mg Olanzapina - antipsicótico atípico com atuação através dos neurotransmissores como a dopamina e serotonina no alívio dos sintomas (Infarmed, 2014c); 1x 30mg Mirtazapina – atua no sistema nervoso central e consequentemente noutros tipos de neurotransmissores fazendo com que estes aumentem em quantidade no encéfalo, por forma a melhorar o humor e a redução dos sintomas depressivos. Atua também como sedativo, promovendo a sensação de sonolência nos indivíduos com depressão (Papakostas et al., 2006); 1x antidepressivo eficaz no transtorno depressivo associado à insónia e ansiedade (Nierenberg & DeCecco, 2001); 2x 25 mg Lorozezan – é um fármaco psicotrópico de atuação direta no sistema nervoso central, utilizando essencialmente no tratamento das perturbações ansiogénicas, agitação e insónias com uma atuação no sentido do relaxamento muscular (Andreatini, Boerngen-Lacerda & Zorzetto Filho, 2001).

Dados de observação. O utente manteve uma atitude colaborante e positiva durante a realização de todo o processo de avaliação, demonstrou motivação e confiança na realização de todas as tarefas, tendo revelado um bom desempenho no cumprimento das instruções. Estabeleceu uma relação positiva durante a interação, mantendo uma atitude presente e prestável. Utiliza uma linguagem galã, aparenta uma imagem descuidada e uma expressão fisionómica abatida, o discurso e pensamento são acelerados, mas sempre com a presença de raciocínio lógico. Não apresenta alterações ao nível da consciência e orientação espacial, também não foram identificadas alterações de memória nem ao nível da atenção e concentração. Referiu algumas alterações de perceção, como delírios e alucinações, que estão controlados pela medicação que toma. Refere que tem problemas

no que diz respeito ao sono, tendo sempre dificuldade para adormecer e manter um sono reparador.

Revela alguma culpabilização, pois acredita que os seus hábitos pouco saudáveis e as escolhas que tenha adotado possam ter contribuído para a sua situação atual. Manifesta um sentimento de revolta, pois o acompanhamento da fisioterapia foi interrompido durante algum tempo pela dificuldade de deslocação até ao ginásio, uma vez que, o transporte era facultado pelos bombeiros, mas neste momento é um serviço pago, do qual J. não tem condições de assegurar. Recentemente, retomou as sessões de fisioterapia a partir de casa *“a casa não tem espaço, mas que é melhor assim do que não ter nada”* [sic], facto que tem contribuído para o seu animo, motivação e sentimento de esperança. Transpareceu algum pânico quanto ao facto de ser uma pessoa dependente dos cuidados da mãe, estando à mercê da possibilidade de ir para um lar *“doutora eu já estive em lares e são horríveis”* [sic]. Estas questões emocionais dão lugar ao uso descontrolado de álcool, preferindo bebidas como o vinho, ginja e whisky. Demostrou um intelecto desenvolvido consideravelmente, dado o seu interesse e conhecimento de causa sobre temas vários, desde inteligência artificial, avanço tecnológico e temas alusivos à atualidade. J. sente que apesar do seu corpo estar agarrado a uma cama, a sua mente permite-lhe viajar. Refere que o consumo de estupefacientes diminuiu drasticamente, preferindo o consumo de álcool e tabaco por serem menos dispendiosos. Sente-se desconfortável com o baixo rendimento a que tem direito, com a qualidade da alimentação e com as perturbações durante o sono. Na última sessão de avaliação, foi perceptível um consumo acentuado de tabaco, pelas beatas espalhadas por todo o espaço, como forma de compensação devido à preocupação e angústia no que diz respeito ao estado de saúde da sua mãe que se vai degradando dia após dia. J. vivencia um terror por não conseguir perspetivar a sua vida, de puder vir a atingir um ponto de estagnação.

Plano de testagem. A par da observação do comportamento, os instrumentos utilizados incluem o Scl-90, para avaliação do funcionamento emocional e psicopatologia, o Mini-Mult para avaliar das características pessoais, e ainda, as Matrizes Progressivas de Raven- SPM contemplando a avaliação do potencial e rendimento intelectual.

Resultados. O potencial intelectual do indivíduo, avaliado pela prova Matrizes Progressivas de Raven-SPM encontra-se razoavelmente entre as pontuações normais para a sua faixa etária e nível de escolaridade, o que indica eventuais dificuldades ao nível

do raciocínio, embora também seja indicativo da capacidade de aprender. A relação terapêutica construída ao longo das sessões do processo de avaliação psicológica, poderá ter contribuído para uma progressiva confiança no *setting* e crescente aceitação e expressão das fragilidades. Os valores obtidos na prova SCL-90 são compatíveis com as respostas do Mini Mult. É evidente a presença de um sofrimento emocional. Identificaram-se sinais de patologia depressiva grave, o que corresponde às angústias partilhadas na entrevista clínica, nomeadamente a preocupação e tristeza pelas circunstâncias atuais de saúde do próprio e da sua mãe, demonstrando uma enorme preocupação com o futuro e muito medo de ir para um lar. Assinala-se a presença de sentimentos de culpa e ressentimento relativamente às decisões e acontecimentos do seu passado. Os sinais de patologia depressiva, parecem estar condicionados pelas circunstâncias atuais de saúde do próprio e da sua mãe. De realçar que o consumo de álcool em simultâneo com a medicação prescrita, condiciona J.a um quadro clínico sem avanços.

Os resultados obtidos no Mini Mult revelam uma pontuação muito acima da média na escala Hipocondria, o que poderá ser indicador de preocupação e frustração com a sua condição de saúde e com o seu estado físico, não se sentindo bem com o seu corpo, o que corrobora com a sua realidade. É de salientar características como a imaturidade, manipulação, narcisismo e egocentrismo.

Na escala Depressão, a pontuação é elevada, indicando a presença de um conjunto de sentimentos de inutilidade e tristeza, baixa-autoestima, falta de confiança, entre outros. Um resultado elevado nesta escala pode indicar que a depressão possa ser a possível resposta a uma crise situacional atual, e é também indicativo da presença de sentimentos de desamparo e medo. Na escala Histeria, a pontuação é consideravelmente elevada o que assinala a presença de sintomas do tipo “conversão”, acabam recorrendo a mecanismos de defesa que resultam na conversão dos conflitos psicológicos para conflitos físicos. É importante referir que um resultado elevado nesta escala associado aos resultados elevados nas escalas anteriores, constituem a tríade neurótica.

Na escala Desvio Psicopático, a pontuação elevada, indica a presença de características como a falta de responsabilidade, agressividade e impulsividade, são considerados sujeitos sociáveis, embora com relações interpessoais superficiais. A

difficuldade de aprender com a experiência e o envolvimento com drogas, álcool e problemas com a justiça é frequente em indivíduos com pontuações altas nesta escala.

Na escala Paranoia, a pontuação é dentro da média, o que mostra a possibilidade de estarem presentes sentimentos de injustiça, frustração e culpa, e suscetibilidade nas relações interpessoais, resultante da projeção de conteúdos agressivos internos e a existência de autopunição/culpabilização através de comportamentos autopunitivos. Na escala Psicastenia, a pontuação encontra-se elevada, o que pode indicar a presença de possíveis fobias, medos, compulsões, baixa autoestima, e toxicodependência. Pode ser indicativo de conflitos associados à própria identidade e necessidade de se parecer bem e independente face ao outro.

Na Escala Mania, a pontuação é reduzida o que pode ser traduzido por possível existência de falta de iniciativa, autoconfiança e autoestima, tratando-se de indivíduos apáticos, contudo confiáveis e sociáveis. Uma pontuação baixa nesta escala juntamente com um resultado alto na escala Depressão pode indicar a presença de depressão.

Na aplicação do SCL-90, é refletido um mal-estar evidente que resulta da percepção do funcionamento somático, uma vez que o valor resultante da Escala de somatização é ligeiramente acima da média. Quanto à Escala Sensibilidade Interpessoal, os resultados encontram-se acima da média, refletindo a presença de sentimentos de timidez, tendência para o isolamento e muita sensibilidade a comentários ou opiniões dos outros que comprometem as suas relações interpessoais. Também estão presentes sentimentos de inadequação pessoal, percepção errada de si próprio que varia com alguma frequência e tendência para o estado depressivo, manifestando uma prevalência do vazio. A Escala da Depressão, sugere resultados muito acima do valor crítico da população. Caracterizando-se por um humor disfórico, falta de motivação, desesperança e medo. As restantes escalas não revelam resultados significativos, o que corrobora com o comportamento observado.

Conclusão e Proposta de Intervenção. A avaliação psicológica de J. revelou uma série de desafios emocionais e psicossomáticos, refletindo-se em sintomas depressivos, ansiedade e dificuldades de adaptação. A sua história de vida tumultuada, marcada por experiências traumáticas, toxicodependência e problemas de saúde, contribuiu para o seu atual estado de vulnerabilidade e dependência. Apesar das suas dificuldades, J. demonstrou um intelecto desenvolvido e um interesse ativo em diversos tópicos, sugerindo uma capacidade de aprendizagem e um potencial para o crescimento pessoal.

No entanto, as suas condições de vida precárias e a sua dependência do cuidado da mãe representam desafios significativos para a sua recuperação e bem-estar.

Acredita-se que dada a fragilidade emocional e física de J., o plano de intervenção mais eficiente possível possa passar por: frequentes atividades lúdico-recreativas e de socialização, realização de sessões de fisioterapia com maior regularidade e exercícios de estimulação/treino cognitivo que visem a manutenção das suas competências cognitivas. Ademais, o plano terapêutico poderia passar por: intervenção psicoterapêutica (implementar uma abordagem terapêutica centrada no paciente, utilizando técnicas cognitivo-comportamentais e de psicoeducação para reforçar J. a enfrentar os seus sintomas depressivos, ansiedade e padrões de pensamento disfuncionais, sendo o objetivo promover a autoconsciência, o autocontrolo emocional e a construção de estratégias de enfrentamento saudáveis), apoio social e familiar (envolver a família de J. e explorar formas de potenciar o modo de vida de J., incluindo a facilidade de ter cuidados adequados, saneamento básico e assistência social), gestão da saúde física (trabalhar em colaboração com profissionais especializados para monitorar e gerir os problemas de saúde física de J., a gestão da dor e a promoção da mobilidade física através de sessões regulares de fisioterapia), desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (ajudar J. a desenvolver estratégias de enfrentamento e de adaptação para lidar com o abuso de álcool, incluindo a identificação de gatilhos, o desenvolvimento de habilidades para resolver problemas e a procura de grupos de apoio à recuperação) e monitoramento e acompanhamento (estabelecer um plano de acompanhamento regular para monitorar o progresso de J. e ajustar o plano terapêutico conforme necessário, o que pode incluir consultas regulares de acompanhamento, avaliações psicológicas periódicas e comunicação regular com outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado de J.). Em conjunto, essas intervenções visam promover o bem-estar global de J., abordando as suas necessidades físicas, emocionais e sociais de forma holística e integrada.

4.3.3. Acompanhamentos psicológicos

Detalhadamente, no início do corrente ano, o Departamento de Psicologia atribuiu casos de acompanhamento mais urgentes. Durante o ano de estágio, surgiu a possibilidade de proporcionar apoio psicológico a oito utentes, com problemáticas muito distintas em diferentes contextos. A Tabela 3 apresenta um resumo dos casos clínicos, evidenciando informações mais específicas de cada utente.

Tabela 3 – Casos Clínicos

Utente	Idade	Motivo	Local de atendimento	N.º de sessões	Encaminhamento
I.P	62	Sintomatologia depressiva após surto psicótico	Capsa/Sede da Instituição	19	Alta
A.C	60	Álcool, sintomatologia depressiva após internamento	Capsa	5	Descontinuado devido a motivos profissionais
S.A	20	Sintomatologia depressiva por estar condicionado fisicamente	Capsa	30	Alta
A.J	37	Desorientação/Apoio psicológico	Sede da instituição	11	Alta
D.S	19	Pedido próprio da utente	Sede da instituição	3	Desistiu/Descontinuada
E.A	84	Exaustão emocional/Estimulação cognitiva	Domicílio	16	A continuar o acompanhamento psicológico
J.P	50	Possível recaída no álcool, depressão	Domicílio	10	Alta
L.E	50	Solidão, aceitação da <u>doença terminal</u>	Domicílio	8	Óbito

4.3.3.1. Acompanhamento psicológica individual – Caso clínico

I.

Antes de avançar para a apresentação do caso clínico I, é importante explicar a apresentação deste caso específico e qual a pertinência do mesmo. De facto, o caso de I. destaca-se como um exemplo vívido dos desafios enfrentados por pacientes com perturbações psicóticas, especialmente quando associados a fatores significativos, como migração, isolamento social, doença médica grave (cancro de mama) e pandemia (COVID-19). Além disso, o relato detalhado do surto psicótico de I., as suas manifestações sintomáticas, comportamentais e emocionais, assim como a sua progressão ao longo do tempo, oferece uma compreensão abrangente da complexidade dessas

perturbações. Outro aspeto bastante importante é que, a história de I., evidencia o papel crucial da intervenção multidisciplinar na recuperação.

Sem dúvida que o caso de I. também serve como fonte de inspiração e esperança, demonstrando que, mesmo diante de desafios significativos, a regeneração e a melhoria do estilo de vida são possíveis através de suporte adequado. Portanto, a inclusão deste caso no relatório enriquece a compreensão sobre perturbações psicóticas e a sua gestão, mas também destaca a importância do trabalho multidisciplinar e do suporte comunitário na promoção da recuperação e bem-estar dos pacientes.

Identificação. O caso I. retrata uma utente do sexo feminino, natural da Guiné-Bissau com 62 anos de idade. É a irmã mais nova de quatro irmãos, onde um já faleceu. Encontra-se divorciada, tendo vivido dois anos em matrimónio, onde teve o seu único filho, atualmente com 37 anos e a residir na Guiné-Bissau. Vive em Portugal há sensivelmente 19 anos. Dispõe de habilitações literárias até ao 11.º ano, tendo exercido funções como secretária na área da banca e como cuidadora formal da população idosa. Apresenta-se o genograma (Figura 2).

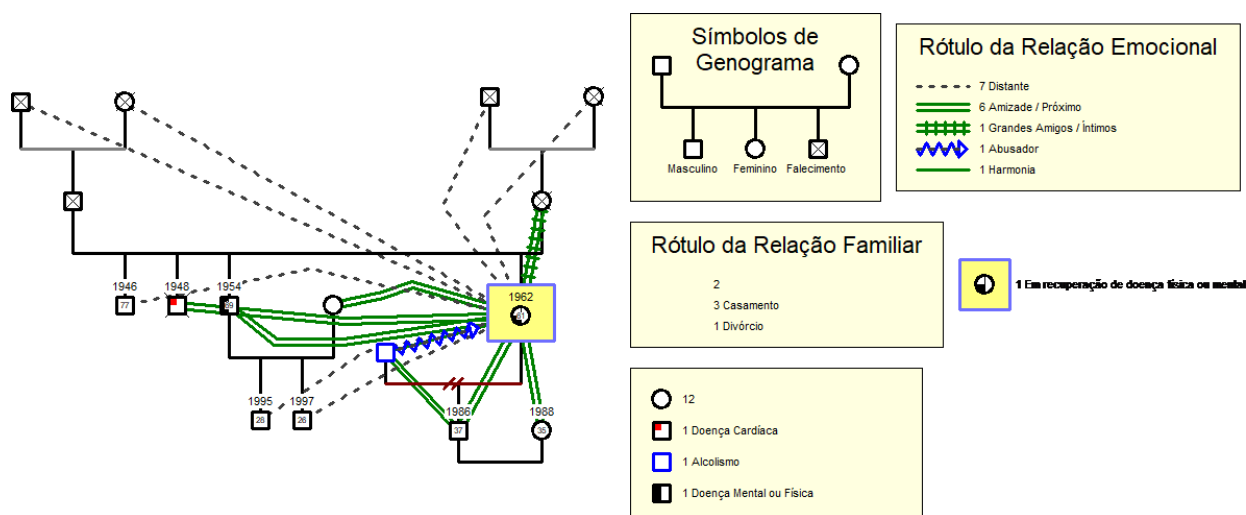


Figura 2 - Genograma do caso clínico I.

Descrição clínica. A I. integrou o CAPSA após ser encaminhada por um Hospital Psiquiátrico, na sequência de um internamento em regime compulsivo ao abrigo da Lei da Saúde Mental, por alterações de comportamento com sintomatologia depressiva

acentuada, do qual foi apurado ideação delirante persecutória de elevado grau, alucinações auditivas, isolamento social e comportamentos de risco para a própria e a terceiros, afetando todas as áreas da sua vida, tendo sido internada. Deste modo, é referenciada para avaliação e acompanhamento psicológico.

Até então, apresentava-se sem antecedentes psiquiátricos, contudo há referência a uma consulta de psiquiatria agendada, mas à qual não se apresentou no ano de 2017, a pedido do médico geral de família por verbalização de *“perseguições repetidas que lhe causam medo e a forçam a manter-se em casa, confabulando conspirações por todo o lado, não vai trabalhar e não dorme”* [sic].

A sua experiência como administrativa na área da banca, por um período de mais de 20 anos, passa pela sua vivência na Guiné-Bissau. Ao ser diagnosticada com um cancro da mama com mastectomia esquerda, vê-se obrigada a rumar até Portugal, onde se encontra com o seu filho que terá vindo para cá para prosseguir com os estudos. Após estas empregada, consegue a legalização permanente no país com a possibilidade de realizar a vigia e manutenção dos seus cuidados de saúde, decide permanecer em Portugal. O regresso do filho à Guiné-Bissau revelou-se um marco negativo na sua trajetória *“a doença começou e os problemas começaram quando eu fiquei sozinha e o meu filho se foi embora”* [sic], e fez com que se dedicasse inteiramente à vida profissional *“eu não podia estar parada, trabalhava de domingo a domingo”* [sic], onde veio a desempenhar funções como cuidadora de idosos, trabalho que descreve como duro e desgastante. Porém, a pandemia Covid-19 impactou as oportunidades de trabalho, reduzindo consideravelmente o volume de trabalho. A par disso, I. decidiu abandonar o trabalho *“isto é costume da guiné sabe? As pessoas fazem-se passar umas pelas outras”* [sic] resultando assim no seu isolamento social que veio a afetar emocionalmente.

Desde então, I manteve-se isolada dos familiares e amigos, estabelecendo comunicação com exterior através de algumas mensagens que pendurava na janela de sua casa *“como não tenho dinheiro para sair de casa e ir-me queixar, pus na varanda pois pode ser que alguém veja”* [sic], nomeadamente a respeito da situação de roubo que acredita que foi vítima por parte da Segurança Social *“Fui ao extrato da conta e faltava dinheiro, os únicos que podem tirar dinheiro, é a segurança social. Fui lá e disseram para eu falar com a polícia. Mas porque é que vou a polícia por uma coisa da SS? Não faz sentido a polícia meter-se nisto, a polícia está feita com a SS”* [sic]. Os agentes da P.S.P., apresentaram fotos da varanda coberta de papéis colocados no gradeamento, com

insultos a diversas entidades, local onde a I. passava vários dias a gritar com um discurso incoerente e um comportamento muito agressivo. I. menciona ainda “*descargas elétricas na água, picadas ao longo do corpo quando estou a tomar banho, passar a ferro, cozinhar*” [sic]. É conhecido a sua tentativa em comprar gasolina com a intenção de pegar fogo ao seu prédio. De referir a sua recusa quanto a qualquer tipo de apoio ou assistência, nomeadamente ajuda médica domiciliária.

Observação. No primeiro contacto, I. apresenta-se de forma pouco cuidada, com uma atitude educada e colaborante. Encontra-se orientada no espaço e no tempo, não se verificando alterações no estado da memória, nem na percepção. O pensamento revela-se enovado e empastado e a atenção passiva, traduzindo-se em silêncios prolongados. O discurso demonstrou-se lenificado, no entanto, é capaz de manter um diálogo coerente e organizado. O contacto descreve-se reticente e desconfiado, acompanhado de uma postura tensa que é observada através de tremores, tensão e rigidez muscular. A sintomatologia atual advém dos efeitos extrapiramidais, consequência da injeção mensal de neurolépticos, entre os quais, tremores, rigidez muscular, motricidade muito comprometida, ausência de vitalidade e energia e expressão apática.

Descrição das Sessões

Primeira sessão. Foi clarificado o contrato terapêutico a ser estabelecido. A sessão foi conduzida pela expressão de preocupação, angústia, desamparo e desespero que I. revela quanto às dívidas que terá contraído na aquisição da sua casa “*preocupação não me falta, tenho muita preocupação na cabeça, tenho assuntos que me preocupam bastante, tipo aquela casa onde eu moro, aquilo é um fardo para mim*” [sic] e também pela sua situação atual, de forma geral “*A pessoa estar a acumular dívidas sem ter rendimento? É a primeira vez na minha vida, isso me assusta, não sei qual o fim que isto vai ter*” [sic]. Associa a casa como o local que veio a trazer-lhe todos os problemas que enfrenta atualmente. Desde as dívidas já referidas, os comportamentos desajustados dos vizinhos “*Eles faziam aquelas coisas, uns rituais que as pessoas fazem...eles tocam com a mente das pessoas, aquilo é psicológico...tocam à noite, durante o dia...um tormento*” [sic] e à sensação de abandono e solidão quando o seu filho decide regressar à Guiné “*a doença começou e os problemas começaram quando eu fiquei sozinha e o meu filho se foi embora*” [sic]. Revela alguma desesperança no rumo da sua vida.

Segunda sessão. I. manifesta uma forte consciência quanto à necessidade de ser gerada uma mudança relativamente à sua situação global, a partir da sua atitude empenhada e centrada na sua melhoria “*Já consigo fazer a cama sozinha e tomar banho sem medo de cair*” [sic], desde a sua dedicação a caminhadas diárias e a ingestão de água de forma mais cuidada e frequente. A observação comportamental é sugestiva da redução significativa da sintomatologia extrapiramidal. “*O doutor F e eu estamos muito contentes Dra., estou muito melhor, não estou tão presa do meu corpo*” [sic]. Demonstra interesse e esperança em retomar a normalidade do seu quotidiano, nomeadamente na realização de um curso de geriatria ou informática “*Eu preciso de ocupar a mente e o tempo, não posso estar estagnada, não fui criada assim*” [sic].

Terceira sessão. Foi evidenciada por algum desgaste físico e emocional. Apresentava-se com olheiras, um ar abatido e cansado e com queixas a nível da prisão de ventre. E ainda assim refere “*sinto-me mais tranquila do que a semana passada*” [sic]. Encontra-se expectante quanto ao seu progresso, fazendo menção que irá iniciar as sessões de fisioterapia e que aguarda feedback por parte do centro de emprego a propósito dos cursos.

Quarta sessão. Apresentava-se determinada e motivada na sua recuperação, referindo aspetos da sua progressão, nomeadamente o facto de já não se encontrar a dormir no chão, pois a sua evolução psicomotora já possibilita a dormida no beliche de cima. O progresso no que respeita à motricidade fina faz-se sentir pelo facto de já conseguir voltar a escrever o seu nome completo sem a presença de tremores, embora ainda a um ritmo mais lento. Revelou uma postura proativa quanto à organização dos seus pertences, desde roupas a contactos na agenda do telemóvel.

Quinta sessão. Apresentou-se com uma postura mais tensa e ansiosa, facto que poderá estar relacionado com a toma da medicação mensal injetável, medicação prescrita para SOE-Perturbações do espectro da Esquizofrenia não especificado, e outras perturbações psic que terá decorrido no dia anterior à sessão. Expressou a sua aflição com a possibilidade de ir trabalhar para casa de uma senhora invisual “*eu sinto-me preparada para fazer apoio domiciliário de novo, mas não pode ser com deficientes, porque eu sofri muito com pessoas deficientes e que estão muito doentes*” [sic]. Refere ainda que aquilo que mais sentido lhe faz, acrescentando-lhe uma sensação de gratificação “*eu tive muitas pessoas que precisam de companhia, precisam de falar e que lhes façam as tarefas em casa...essas sim!*” [sic].

Sexta sessão. Observou-se alguma sensibilidade, suscetibilidade e labilidade emocional. I. dispõe manifestamente de crenças altamente enraizadas ao expressar, “*Dra.eu não sou maluca, as pessoas pensavam que eu não estava bem, mas eu estava... havia uma mulher, minha vizinha que um dia me abriu a porta toda nua...fiquei com raiva, envergonhada, fugi dali nunca mais lhe falei, ela fazia macumba*” [sic], estabelecendo-se uma linha ténue entre as suas crenças e a presença de delírios “*Naquele prédio senti o inferno, fizeram-me a vida negra, os barulhos, as provocações, sofri muito. mandavam indiretas e bocas para o ar*” [sic]

Sétima sessão. I. mantinha o nível de sensibilidade, suscetibilidade e labilidade emocional, fazendo referência às discórdias que tinha com os seus vizinhos. “*Até com os gatos...há uma que falava com os gatos a mandar-me indiretas. desde que eu disse que eu ia lhe dar uma sova. nunca mais se meteu comigo, doido com doido, doida com doida se ela é doida então vamos lá resolver os assuntos como duas malucas*” [sic]. Desde o início do acompanhamento, foi na presente sessão que foi possível presenciar a zanga e revolta que I. nutre por este tema. A sua abertura quanto a um tema que sente como sendo julgado e menosprezado, confirmam a construção da aliança terapêutica. Queixava-se insistentemente de dores na zona do peito, acompanhadas de alguma dificuldade em respirar, resultado do estado de ansiedade e de nervos em que se encontrava. Encontra-se visivelmente desgastada física e emocionalmente, apresentando-se com um aspeto cansado.

Oitava sessão. Dada a sintomatologia acentuada das últimas sessões, I. retomou a toma da medicação terapêutica da mirtazapina. Revela um maior controlo dos sintomas, nomeadamente a redução na frequência de episódios de falta de ar. Contudo, menciona alterações quanto à pressão arterial que se encontra elevada. A par disso, sugere estar novamente motivada ao processo de procura de emprego e dedicada na realização de pequenas caminhadas diárias.

Nova sessão. É perceptível o esforço em que se encontra para contrariar e não ceder à sintomatologia, estabelecendo como prioridade todas as atitudes que pode adotar que possa contribuir favoravelmente para a melhoria do seu estado de saúde geral.

Décima sessão. É de notar um desprendimento dos seus medos, ânsias e angústias, mantendo-se com uma atitude positiva e esperançosa, canalizando as suas energias para os progressos que tem vindo a fazer. Faz referência a uma sensação de leveza, tranquilidade e segurança. I. reconhece o seu esforço e força de vontade, e também a

importância do seu acompanhamento contínuo, personalizado e multidisciplinar. São consideráveis as melhorias a nível psíquico e físico.

Décima primeira e décima segunda sessão. I. manifestava uma vulnerabilidade e labilidade emocional, devido à frustração e impotência que sentia ao confrontar-se com algumas das suas limitações físicas, nomeadamente ao ter abraçado o desafio de trabalhar na área das limpezas urbanas e ter acabado por se dispensada do serviço.

Décima terceira sessão. I. apresentava-se nostálgica ao recordar os momentos que vivenciou enquanto cuidadora formal, perante uma atitude retrospectiva *“Ia para casa muito triste com as pessoas que morriam de repente. Chegava do fim de semana e a pessoa já tinha morrido. Havia situações que eu só pensava que podia ser o meu filho”* [sic]. A carga emocional era significativa, demonstrando-se devastada com a realidade do contexto onde exerceu.

Décima quarta sessão. I. revela um sentimento ambíguo quanto ao facto de estar a trabalhar em casa de uma senhora diagnosticada com doença oncológica. Se por um lado, confronta-se com a ressonância da fragilidade do seu estado de saúde *“tinha muito medo pela minha saúde e pensava muito em quanto tempo de vida eu teria”* [sic] ao mesmo tempo que revivia algumas situações traumáticas da debilidade nos cuidados de saúde que prestava, por outro, sentia-se útil e prestativa com a oportunidade de puder auxiliar os outros, o que também significava para si uma resposta para a autonomia.

Décima quinta sessão. A expressão facial cabisbaixa e a linguagem corporal retraída e rígida, revelaram-se indicadores da tensão e desânimo. I. partilhou que a senhora da qual estava a prestar cuidados, deu entrada num centro de cuidados continuados, tendo ficado assim sem o trabalho. I. encontrava-se visivelmente transtornada, apresentando queixas de dores de cabeça e dificuldade de concentração *“esqueço-me de tudo, esqueço-me de tudo”* [sic].

Décima sexta sessão. Apresentou-se apática e com movimentos lenificados. Referiu perda de apetite. Manifestou a sua angústia e preocupação quanto à sua situação financeira *“Não tenho rendimentos a não ser 50 euros que o meu irmão disponibiliza mensalmente”* [sic]. É de referir que I. nunca aprofundou as ligações afetuosas com os seus parentes. Demonstrou satisfação por ter conseguido adquirir uns óculos, e ter retomado a leitura, atividade que tem muito prazer.

Décima sétima sessão. Desde a última sessão até à presente, é notável uma mudança de humor. I. reencontrou a esperança e expectativa em dias melhores. Partilhou a ida ao dentista, onde teve a oportunidade de tratar da sua saúde dentária. Refere também que a semana foi produtiva, pois foi convocada a duas entrevistas de emprego. Destaco ainda, que as dores de cabeça, tão incomodativas, desapareceram, o que pode ser explicado pela recente utilização de óculos. I. revela uma predisposição para a mobilização de recursos pessoais e abertura aos recursos à sua volta.

Décima oitava sessão. I. apresentou-se esperançosa, entusiasmada e grata. Recebeu a notícia de que começara a ter direito ao RSI – *“sempre tive o meu dinheiro, de repente fico sem nada, não é uma fortuna, mas já me dá esperança”* [sic]. Os últimos acontecimentos possibilitaram a que I. atingisse um estado de espírito de alento e alívio, resultando na partilha de memórias da sua terra natal, nomeadamente acerca dos pratos tradicionais da Guiné. I. permitiu-se a um momento de descompressão, revelando a expectativa de satisfação com a sua vida e reconquista da sua energia.

Décima nona sessão. Destaca-se pelo balanço positivo e progresso notório, físico e psíquico afirmado pela própria. I. vive uma fase de experimentação onde têm surgindo diferentes ofertas de emprego, tendo a oportunidade de optar por aquela que fizer mais sentido para a sua evolução como pessoa e como profissional, sendo que, de momento encontra-se a exercer funções como cuidadora formal em casa de uma idosa de 90 anos. Demonstra ainda, iniciativa na ajuda ao próximo ao iniciar atividades de voluntariado. A medicação terapêutica foi reduzida consideravelmente, havendo perspetiva de mais reajustes neste sentido (Lisinopril e Mirtazapina em forma de injetável de 100mg, passando para 75mg, confirmado pelo médico psiquiatria). Refere ter um sono reparador, mas algumas oscilações quanto ao apetite. Aparenta uma aparência mais cuidada e investida, com ousos de acessórios e roupas com cores mais vivas.

Em suma, a progressão de I. é notada em diferentes dimensões: Diminuição acentuada dos efeitos extrapiramidais; Diminuição da medicação; Atitude positiva, esperançosa, força de vontade e motivação; Aumento do nível de segurança e confiança nos outros; Desenvolvimento da capacidade de trabalho em equipa; Empatia; Reinserção no mercado de trabalho; Sensação de segurança, proteção e suporte, promovido pelo ambiente no CAPSA; Manifestação de interesse por atividades de lazer, como ler e fazer sopa de letras; Resposta para autonomia.

V Parte

Discussão

O capítulo de discussão constitui uma fase essencial deste trabalho, proporcionando uma análise aprofundada dos casos individuais (Caso J e Caso I). Nesta seção, serão exploradas e interpretadas as principais descobertas e resultados obtidos ao longo do estágio, em consonância com a revisão teórica previamente apresentada. A discussão incidirá sobre os desafios específicos encontrados, as estratégias de intervenção adotadas e as respostas dos utentes às abordagens aplicadas. Cada caso será analisado em detalhe, destacando as nuances e particularidades que emergiram durante as avaliações psicológicas e os acompanhamentos. A conclusão sintetiza as reflexões, salientando implicações práticas, lacunas identificadas e possíveis direções para intervenções futuras. Ao delinear cuidadosamente as narrativas individuais dos casos e tecer conexões com a teoria subjacente, a discussão visa enriquecer a compreensão do papel do psicólogo em contextos de apoio domiciliário, contribuindo para o avanço contínuo da prática profissional e da pesquisa nesta área.

5.1. Caso J.

A avaliação psicológica de J. revelou desafios emocionais e psicossomáticos, incluindo sintomas depressivos, ansiedade e dificuldades de adaptação, influenciados pela sua história de vida tumultuada, toxicodependência e problemas de saúde. Tal como mencionado anteriormente, é proposto um plano de intervenção abrangente, incluindo atividades recreativas, fisioterapia regular, treino cognitivo, psicoterapia centrada no paciente, apoio social e familiar, gestão da saúde física e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Esta avaliação, solicitada por J., fornece informações importantes para compreender o caso, especialmente em termos de psiquiatria e neurologia, visando promover o seu bem-estar global.

De acordo com o Modelo de Desenvolvimento Psico-Afetivo (2011) “as implicações psicopatológicas, a psicopatologia pode ser compreendida através da articulação dos traumatismos acontecidos ao longo da existência, quer no que se refere às potencialidades do indivíduo quer em relação à atualização dessas potencialidades, partindo da premissa de que entram em ação forças de auto cura, elas mesmas expressões da tendência à hiper complexificação atuante no indivíduo. Considerando que, em cada momento, os sintomas são o resultado do melhor equilíbrio possível para o organismo, torna-se necessária uma prudência extrema no que concerne ao desejo de os eliminar enquanto o organismo não tiver tido a possibilidade de encontrar um melhor equilíbrio alternativo. Em princípio, os sintomas são abandonados quando já não são úteis para ultrapassar os conflitos que os

geraram ou, ainda, pela eficácia dos processos naturais de amadurecimento e de autora “(p.160).

A Síndrome de Guillain-Barré caracteriza-se por ser uma síndrome polineuropatia aguda, inflamatória e que afeta o sistema nervoso periférico. (Orsini et al., 2010). É caracterizada por uma reação do organismo à inflamação proveniente de ~~batas~~ e vírus traduzindo-se num autoataque deste a si mesmo afetando a as células do sistema nervoso, comprometendo o seu desempenho, afetando de forma negativa a força dos braços e das pernas de forma progressiva e ascendente em vários graus de intensidade, dependendo de indivíduo para indivíduo, podendo comprometer a face (Ferrarini et al., 2011). Os sintomas iniciais são caracterizados por fraqueza muscular, parestesia dos membros, dor lombar ou nos membros inferiores (Matos, 2017). No caso de J., a sintomatologia prevalece quanto à mobilidade reduzida nos membros inferiores, encontrando-se acamado.

A síndrome pode ir de um período curto ou longo e a gravidade pode oscilar entre uma fraqueza muscular moderada que pode ser de curta duração e uma situação de tetraplegia que faz com que haja dependência de ventilador para respirar (Willison et al., 2016), podendo levar a uma incapacidade e limitação de vida que vai dar origem a dependência de terceiros enquanto cuidadores e tratamento para a recuperação das funções motoras que se tenham perdido (Antunes et al., 2015). J. é atormentado pela ideia de depender totalmente da assistência da sua mãe, considerando a sua idade avançada e a debilidade característica dessa fase de desenvolvimento.

Embora existam teorias que defendam que a psicopatologia pode ter a sua origem antes da conexão e abuso de substâncias psicotrópicas, o autor Karch (2008) acredita que pode não haver causa-efeito entre o consumo de substâncias e a psicopatologia, no entanto o consumo dessas mesmas substâncias pode funcionar como fator crítico na origem da sintomatologia psicopatológica, assim como a presença de perturbações psicológicas podem exercer influência positiva no consumo de substâncias psicoativas. No caso da situação de J, não são perceptíveis a correlação entre a sintomatologia depressiva e o uso de álcool.

A depressão é subdividida em duas categorias: episódio depressivo/perturbação depressiva major (ligeira, moderada ou grave), caracterizada por

falta de prazer em atividades anteriormente prazerosas, muita tristeza, esquecimentos recorrentes, perturbações no sono e na vontade de comer, cansaço, sentimentos de inutilidade, dificuldade de organização, ideias suicidas, entre outros; e a distímia, caracterizada pela sua cronicidade, apesar de menos intensa, mas com mais durabilidade no tempo, com episódios de humor deprimido, baixa autoestima, fadiga, sentimentos de desesperança, pouca produtividade, isolamento social, entre outros (Carvalho, 2017). J. apresenta queixas consideráveis de episódios de insónia intermédia, refere que, muitas das vezes, a alimentação é substituída pelo consumo de álcool. A par disso, considera a sua condição clínica como um entrave à sua liberdade e estabelece relações interpessoais maioritariamente a partir das redes sociais.

Entre as principais causas da perturbação, destacam-se as causas intrínsecas (genética 40%), défice no processo de neurotransmissão, (serotonina, noradrenalina) e causas extrínsecas (eventos traumáticos, stress,) e causas potenciadoras como a toma de certos fármacos, aparecimento de doenças, ansiedade recorrente, alterações financeiras e estilos de vida desadaptativos (Lafer e Filho, 1999). No caso de J., acredita-se que não haja uma causa-efeito direta, tratando-se de um ciclo que se influencia intimamente, desde o histórico de mudanças constantes de localidade, tendo como resposta uma tendência para frequentar ambientes mais desajustado, o sentimento de não pertença, o desgosto amoroso, o luto da morte do pai, o consumo de substâncias, o diagnóstico de doenças, tudo aspetos que se afetam entre si.

Ademais, como o álcool é considerado uma substância acessível, o seu consumo acaba por ser livre e justificado nos momentos de tristeza, alegria, stress, festas, relaxamento mental, relaxamento físico ou um outro motivo que seja justificativo do consumo do mesmo (Balan et al., 2006; Nunes et al., 2012). Facto que se reflete na realidade de J. ao recorrer ao consumo de álcool como um refúgio, escape e compensação aos seus tormentos. Neste sentido, a pontuação na escala de desvio psicopático aponta para alguma falta de responsabilidade, agressividade e impulsividade, tratando-se de sujeitos sociáveis, embora com relações interpessoais superficiais. A dificuldade de aprender com a experiência e o envolvimento com drogas, álcool e a justiça é frequente, em indivíduos com pontuações altas nesta escala. Através da pontuação na escala histeria, pode-se concluir a presença de sintomas do tipo “conversão”, como perturbações funcionais específicas, o que vai de encontro aos problemas gastrointestinais de J.

No SCL-90, o valor resultante na escala de somatização revela alguns índices sintomatológicos clinicamente elevados, traduzindo-se num mal-estar evidente que resulta da percepção do funcionamento somático. O resultado corresponde à informação recolhida do utente e ao contexto em que se encontra, particularmente fazendo referência às queixas nas costas, formigueiros no corpo, sensação de pernas e braços pesados, dores no peito e na cabeça, ansiedade, e mal-estar no estômago. A presença de sentimentos de desconforto e sensação de estar desconectado com o corpo (o seu corpo não acompanha a sua mente), resulta em sentimentos de raiva e projeção de conteúdos internos agressivos que leva a comportamentos punitivos e desadequados, que mais tarde irão trazer sentimentos de culpa e de vergonha. A substituição do vício das drogas pelo vício do álcool, pode ter na sua influência fatores psicossociais, como o facto do álcool ser de fácil acesso e a sua vasta disponibilidade (Subbaraman & Kerr, 2015), também pode ser feita pela falta de estratégias adaptativas para lidar com problemas emocionais já existentes, desta forma utilizam o consumo do álcool como meio para lidar com esses mesmos problemas (Bonn-Miller et al., 2010). O resultado obtido na Escala Sensibilidade Interpessoal, indica a presença de sentimentos de inferioridade e de incomodo, sentimentos de vergonha quando é observado. J. limita o seu círculo social ao convívio com a mãe, enquanto cuidadora informal, e a um amigo que vai diariamente entregar-lhe tabaco. As restantes relações interpessoais são estabelecidas via internet e no convívio necessário com a assistência fornecida pelos serviços de apoio ao domicílio. O álcool é constituído como uma droga com efeitos depressores do sistema nervoso central, causando modificações psicológicas e comportamentais, além de alterações metabólicas no organismo. Pela atuação ansiolítica que o álcool despoleta na função cognitiva, fazendo com que o indivíduo tenha as suas capacidades cognitivas diminuídas e não consiga delinear estratégias adaptativas de enfrentamento a episódios ameaçatórios (Chavez et al., 2005). O seu consumo excessivo está associado à depressão major, devido à intoxicação provocada pelo excesso, resultando em efeitos neurológicos negativos, tais como a alteração do processo químico do mesmo, ao nível dos neurotransmissores, neste caso diminuindo os níveis de dopamina, levando a um estado de humor agravados (Archie et al., 2011). Está presente uma desesperança a nível pessoal e profissional, pois o utente sente-se inútil e culpado pela sua situação.

As insónias são uma constante, é difícil a manutenção do sono, o que contribui para a fadiga e falta de energia. Sente um medo constante, desânimo, anedonia, ideias e

pensamentos automáticos autodestrutivos e manifestações somáticas, resultantes da sintomatologia depressiva. A capacidade de concentração e de percepção, também está diminuída, bem como a perda do interesse por atividades do dia a dia, tirando proveito apenas dos momentos em que se dedica aos jogos. No que respeita aos valores obtidos no teste das Matrizes de Raven, estes estão desviados da observação clínica, sobretudo pela linguagem e comunicação do utente. O resultado pode refletir um desinvestimento durante o decorrer da prova, principalmente a partir do meio da mesma, sendo que não foram refletidas as competências cognitivas esperadas. O que também poderá ser explicado pelo estado psicológico desvitalizado e pautado por humor depressivo e comportamentos de fuga, resultando numa possível deterioração cognitiva através do uso abusivo de substâncias psicotrópicas.

Conclusão. No caso de J., a análise psicológica revela um quadro complexo, marcado por uma interseção de fatores que contribuem para a sua condição atual. Em conclusão, o caso de J. demanda uma abordagem integrada que considere tanto os elementos emocionais quanto os físicos. A intervenção terapêutica deve visar a ascensão da disposição mental, e desenvolvimento de estratégias adaptativas saudáveis, a gestão da dependência de substâncias e o suporte emocional face às adversidades físicas. A importância de uma rede de apoio, incluindo cuidados médicos e psicológicos especializados, torna-se evidente para o melhoramento do estilo de vida geral de J.

Destaca-se, assim, a importância da intervenção interdisciplinar no caso de J., porque permite uma abordagem completa da sua saúde, integrando diferentes especialidades para garantir um tratamento abrangente e coordenado. Isso ajuda a prevenir complicações, melhorar a qualidade de vida e oferecer suporte personalizado para enfrentar as suas necessidades físicas e psicológicas. Em resumo, a intervenção interdisciplinar é essencial para garantir uma abordagem eficaz e holística para o bem-estar de J.

5.2. Caso I.

Fundamentação teórica da problemática. A sobrecarga nos cuidados de saúde é também exercida através do confronto pelas constantes mudanças do nível de saúde do indivíduo e a limitação do ato de cuidador para travar as mudanças, traduzindo-se em ansiedade, medo e stress (Martins et al., 2003; Maronesi et al., 2014). O cuidador acaba por sair afetado ao nível emocional, social e físico (Martins et al. 2003), resultando num nível elevado de desgaste (Maronesi et al., 2014). A sobrecarga ao nível emocional pode

ter influências negativas na qualidade do cuidado prestado ao utente e causar consequências psicológicas e físicas ao cuidador formal. A sobrecarga sentida pode levar a que o cuidador desenvolva sentimentos de insatisfação, *burnout* e perturbações psiquiátricas (Carvalho et al., 2015). A sobrecarga divide-se em duas formas através da componente objetiva e subjetiva. A primeira, componente objetiva da sobrecarga, é traduzida do resultado proveniente dos serviços prestados (Sequeira, 2010), sendo caracterizada por sobrecarga os aspetos relacionados com a manutenção da rotina dos cuidados físicos prestados (Hoenig & Hamilton, 1966; Schene, 1990). A componente subjetiva da sobrecarga está diretamente ligada à perceção do próprio cuidador acerca das consequências que desenvolve a partir do gesto de cuidar (Sequeira, 2010). É representada através dos efeitos psicológicos nos cuidadores (Schene, 1990). Desta forma, esta componente é caracterizada pelos aspetos da saúde psicológica e física do cuidador, da somatização, tensão, irritabilidade, depressão, stress, culpabilização, dúvida, incerteza, entre outras. (Hoenig & Hamilton, 1966; Schene, 1990).

A saúde mental dos indivíduos ficou afetada pelo isolamento social e distanciamento físico a que a Covid-19 forçou, levando a um aumento das taxas de depressão e ansiedade (Brooks et al., 2020; Salari et al., 2020). A força deste isolamento leva os indivíduos a adotarem estratégias desadaptativas que levam a efeitos prejudiciais para a saúde no geral (Sidor et al., 2020; Stanton et al., 2020). Segundo várias pesquisas, a esquizofrenia e outras perturbações psiquiátricas, pode verificar-se um aumento significativo de casos nos sem abrigo comparativamente à população geral (Folsom et al., 2005; Kasproff & Rosenheck, 2008).

O stress, a exposição a ambientes inseguros e de violência e o trauma psicológico são preditores de crises psicóticas (Gelberg et al., 2015). A depressão é uma condição que afeta todo o tipo de pessoas, entre a classe dos sem abrigo é uma perturbação bastante comum, que não tem a atenção apropriada por parte da sociedade e dos próprios indivíduos. A inexistência de casa, as constantes exposições, os comportamentos abusivos, a falta de segurança, e a carência de apoios na saúde mental e fome, são fatores que se tornam determinantes para o aparecimento e manutenção da taxa de depressão nesta população. Esta condição clínica impacta negativamente a vida desta população, contribuindo para o sentimento de desesperança, falta de motivação e isolamento (Obando & Roy, 2018). A qualidade das relações que estabelecem com o seu círculo, a oportunidade de desenvolver a sua individualidade, contextos que acolhem e

respeitam, levam a uma maior facilidade na superação das adversidades. Por outro lado, quando existe abandono, isolamento e solidão no contexto envolvente da pessoa idosa, funciona como um gatilho e para o desenvolvimento de diversas patologias (Diniz & Koller, 2010).

Compreensão do caso. A compreensão do caso de I. tem por base a teoria do desenvolvimento humano numa perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa, no sentido da auto-organização e complexidade (Hipólito, 2011).

I. demonstrou uma sensibilidade sobre o bem-estar dos outros, sobre um forte instinto cuidador. A sua maneira de estar passa por uma postura afetuosa, amável e educada. Destaca-se pelo forte sentido de responsabilidade, compromisso e perfeccionismo. Caracteriza-se por uma pessoa trabalhadora com espírito de sacrifício. I. sugere uma capacidade de enfrentar as adversidades e arranjar estratégias para as contornar, retirando sempre uma lição dos acontecimentos negativos que ocorrem ao longo da sua vida. I. revela ser uma pessoa frontal e direta, defendendo as ideias em que acredita sob um forte sentido de justiça.

As relações interpessoais de I., caracterizam-se pela ligação emocional que esta sente e não propriamente pela manutenção das mesmas. É de referir que I. mencionou pontualmente os seus relacionamentos interpessoais. Descreve a relação com o ex-marido como tendo sido abusiva, durante o período em que se mantiveram casados. Quando o ex-marido ficou doente, dá-se uma reaproximação, motivada pela compaixão que I. nutre por este. Define-se como sendo uma relação sem reciprocidade. O filho, fruto do relacionamento amoroso, é definido como “*a luz dos meus olhos*” [sic], sendo que, I. prende-se com a expectativa e esperança quanto à possibilidade de o filho retornar a Portugal, idealizando a sua vida nesse sentido. Nutre um carinho e estima por um dos irmãos, irmão este, que oferece algum suporte a vários níveis, nomeadamente a nível financeiro e pelo tempo de qualidade que passam na companhia um do outro. A sua mãe foi uma figura significativa na história da sua vida.

I. refere-se à mãe com carinho e ternura, descrevendo a relação de ambas como próxima. A mãe desempenhou um papel de amiga, companheira e de porto seguro. O seu falecimento, há sensivelmente 20 anos, foi um choque de realidade com a confrontação do mundo real, momento esse onde sentiu que o cordão umbilical foi de facto rompido.

Do ponto de vista negativo, os vizinhos revelaram-se como figuras significativas resultantes dos episódios de delírio e perseguição.

A vida de I. ficou marcada pelos últimos e transformadores acontecimentos. A mudança de país resultou num choque cultural que impactou consideravelmente o seu estilo de vida. Na Guiné-Bissau, I. dispunha de uma vida confortável e até desafogada. Para além do desafio que é a emigração por si só, coloca-se o diagnóstico de um tumor da mama com mastectomia esquerda, a razão que motivou a mudança. Ao receber o diagnóstico de cancro da mama com mastectomia esquerda, temeu muito pela vida *“tinha muito medo pela minha saúde e pensava muito em quanto tempo de vida eu teria, eu não podia voltar para lá”* [sic]. Contudo, rapidamente alcançou resultados positivos em relação ao tratamento e recuperação. O facto de o filho ter regressado à Guiné, gerou um sentimento de solidão e abandono, do qual se tem vindo a confrontar até então *“a doença começou, e os problemas começaram quando fiquei sozinha e o meu filho se foi embora”* [sic]. I. encarava o trabalho como um refúgio aos seus problemas *“Eu não podia estar parada, trabalhava de domingo a domingo”* [sic], porém, o excesso de trabalho e a sobrecarga emocional do trabalho que desenvolvia na área dos cuidados de saúde, também contribuíram para o seu desequilíbrio emocional. Por sua vez, a pandemia Covid-19, e a imposição do isolamento social, vieram expor I. a todas as fragilidades e vulnerabilidades, das quais não se queria deparar. Assim, I. viu-se refém deste ciclo de traumas.

O *Self Real* de I. corresponde ao seu espírito trabalhador e independente. Já o *Self Desejado* prende-se com o progresso e evolução de habilidades, nomeadamente no que diz respeito à sua autorregulação, que lhe permitam atingir a estabilidade que tanto ambiciona para si, para o seu estado de saúde e para a sua vida em geral. O que implica o controlo do seu quadro clínico, uma oferta de emprego com vínculo e condições monetárias para subsistir fora do serviço CAPSA. Verifica-se um crescendo e uma evolução no que respeita à autoestima. I. iniciou o processo de acompanhamento com uma autopercepção e autoimagem frágeis. Face ao estado de saúde agravante em que se encontrava, a autoestima era uma questão em segundo plano.

Com o desenrolar do processo caracterizado por progressos significativos, a nível físico e psíquico, I. veio a manifestar um maior cuidado e investimento com a sua aparência e apresentação, sendo também capaz de reconhecer e valorizar a sua capacidade de resiliência, traduzindo-se em pequenas grandes conquistas. Verificou-se a presença de

psicopatologia, sendo esta, a Psicose – Perturbação do espectro da Esquizofrenia não especificado. O propósito de vida de I. prende-se em atingir independência, estabilidade e segurança. A sua gradual progressão rumo a esse sentido é notada em diferentes dimensões.

Além disso, a compreensão do caso I. também se debruçou sobre o modelo teórico da personalidade e da conduta de Rogers (1951/2003) que consiste na centralização do homem como o seu próprio agente no processo de mudança.

I) “Todo o indivíduo existe num mundo de experiência, em permanente mudança, do qual é o centro.” (Rogers, 2003, p.475). O campo fenomenal do indivíduo engloba o que é experienciado pelo organismo, apreendido conscientemente ou não. Sendo que, a consciência consiste na representação de símbolos das nossas experiências, que por norma dizem respeito às sensações que se encontram no centro de interesse, correspondendo à satisfação de uma necessidade. Assim, o indivíduo é o único que pode ser verdadeiramente a experiência que foi percebida por si, de forma íntegra, completa significativa e particular.

I. correspondeu à satisfação das suas necessidades aquando se viu obrigada a mudar de país, por forma a criar condições que dessem resposta ao seu estado de saúde.

II) “O organismo reage ao campo perceptivo tal como este é experimentado e percebido. Este campo é, para o indivíduo, «realidade».” (Rogers, 2003, p.488). Naquilo que é o seu campo de percepção, o indivíduo não vai reagir a uma realidade verdadeira, mas sim à percepção da sua realidade, isto é, o mundo particular das suas percepções, considerando que cada um reage à realidade conforme a percepção.

Do ponto de vista da realidade de I., esta transformou a dificuldade numa oportunidade, isto é, a principal motivação na mudança de país deu origem à possibilidade de rumar à Europa, adquirindo a nacionalidade portuguesa, a viver num país que oferece condições e recursos à monitorização do seu estado de saúde.

III) “O organismo reage ao seu campo fenomenal como um todo organizado” (Rogers, 2003, p.490). O indivíduo reage segundo uma tendência para respostas organizadas, completas e dirigidas a um fim e a um objetivo específico. O organismo é uma estrutura global organizada pois alteração das partes influencia-se mutuamente

I. integrou um mecanismo de fuga, isto é, o excesso de trabalho de modo a evitar a confrontação com as suas problemáticas, nomeadamente o desafio da adaptação e integração a um novo país, a angústia e preocupação com o seu estado de saúde e a sensação de solidão depois da separação com o seu filho.

IV) “O organismo tem uma tendência fundamental para atualizar, manter e realçar a experiência organísmica.” (Rogers 2003, p.492). O indivíduo desenvolve-se no sentido da tendência para se conservar, amadurecer, autorrealizar, para a independência, autonomia e socialização.

I. manteve uma atitude positiva e centrada na sua recuperação, mobilizando esforços no sentido da evolução do seu quadro clínico e reintegração na sociedade.

V) “O comportamento é, sobretudo, o esforço dirigido a um fim do organismo para satisfazer as suas necessidades, tal como as experimenta no campo perçecionado.” (Rogers, 2003, p.495). O conjunto de carências que surgem das tendências fisiológicas que envolvem igualmente as necessidades de afeição, formam a base do comportamento, de modo a preservar e acelerar o organismo. A necessidade pode não ser experimentada de forma consciente, sendo que, a resposta não acontece face à realidade, mas sim face à percepção da mesma.

I. apresentou-se a partir de um quadro de desconfiança paranoica que deu lugar a um processo de abertura e confiança nos outros, ao reconhecer que precisava da ajuda que lhe era proporcionada.

VI) A emoção acompanha e, de um modo geral, facilita o comportamento dirigido para um fim; o tipo de emoção relaciona-se com os aspetos pesquisadores do comportamento em oposição aos aspetos consumados; a intensidade da emoção está em relação com o significado perçecionado do comportamento para a subsistência e evolução do organismo. (Rogers, 2003, p.497)

Pode distinguir-se dois tipos de emoção, sendo estas, as emoções desagradáveis ou excitadas que tendem a decorrer aquando da busca do organismo, manifestando um comportamento de integração e concentração em relação a um fim, das emoções agradáveis e calmas que tendem a acompanhar a satisfação da necessidade.

I. debateu-se com situações e emoções carregadas de uma intensidade emocional negativa

e desafiante, colocando-se à prova, sobretudo confrontando-se com a sobrecarga emocional do seu trabalho, e ainda com o isolamento social em consequência da pandemia Covid-19.

VII) “O melhor ângulo para a compreensão do comportamento é a partir do quadro de referência interno do próprio indivíduo.” (Rogers, 2003, p.498). A única forma significativa de compreender o comportamento dos indivíduos, é apreendê-lo como o próprio o apreende, para que deste modo, os comportamentos mais diversificados passam a ser compreendidos como fazendo parte de um sentido e dirigido a um fim. Quanto mais forem as experiências simbolizadas e comunicadas através de uma expressão livre de mecanismos de defesa, maior a probabilidade do indivíduo partilhar o mais aprofundadamente possível a totalidade do seu campo fenomenal, e, por conseguinte, mais adequada será a comunicação do campo.

I. rege-se por um quadro de referências caracterizado por valores como a independência, autonomia e estabilidade. Neste sentido e com este propósito, encontra-se focada em criar condições para sair do CAPSA, convencer o filho a regressar a Portugal, e desta forma recomeçarem as suas vidas com o suporte um do outro.

VIII) “Uma parte do campo total da percepção vai-se diferenciando gradualmente como «self»”. (Rogers, 2003, p.501). O Self consiste na consciência de ser e de agir. No que refere à relação entre *Self* e o ambiente, é impercetível uma barreira visível entre a experiência do *Self* e a do mundo externo, sendo que parte do *Self* corresponde a tudo aquilo que se encontra dentro do seu controlo.

Neste momento, encontra-se suscetível ao meio e pretende atingir uma autorregulação de forma a obter mais autocontrolo da sua vida.

IX) Como um resultado da interação com o ambiente e, de modo particular, como resultado da interação valorativa com os outros, forma-se a estrutura do Self - um modelo conceptual, organizado, fluído, mas consiste de percepções, de características e relações do “eu” ou do “mim”, juntamente com valores ligados a esses conceitos. (Rogers, 2003, p.502)

X) Os valores ligados às experiências e valores que são uma parte da estrutura do Self são, em alguns casos, experimentados diretamente do organismo, e noutros

casos são valores introjetados ou tomados de outros, mas percebidos de uma forma distorcida, como se fossem experimentados diretamente. (Rogers, 2003, p.502)

Chega-se a uma fase de desenvolvimento em que ocorre um tipo de simbolização distorcida da experiência e uma rejeição pela consciência da experiência. A estrutura do *Self* é uma configuração organizada de percepções que são acessíveis à consciência, e compostas por elementos como: as percepções das características e capacidades próprias de cada um, os objetos de percepção e os conceitos do *Self* em relação com os outros e com o ambiente (Rogers, 2003, p.507).

I. confronta-se com a necessidade de se isolar do mundo exterior, necessidade esta imposta pela situação da pandemia Covid-19, como pelo seu estado de psicose. Contrariamente, encontrando-se numa fase mais estabilizada, revela a necessidade de criar ligações.

XI) À medida que vão ocorrendo experiências na vida de um indivíduo, estas são:

I. simbolizadas, percebidas e organizadas numa certa relação com o self; b) ignoradas porque não se percebe a relação com a estrutura do Self; c) recusadas à simbolização ou simbolizadas de forma distorcida porque a experiência é inconsciente com a estrutura do self. (Rogers, 2003. P.507)

As experiências ignoradas não vão ao encontro de nenhuma necessidade que se refira ao *Self*. Tratando-se de uma mesma experiência que sempre foi ignorada, se por um motivo ou outro, representar um interesse para o indivíduo, a experiência passa a satisfazer uma necessidade do *Self*, podendo converter-se de fundo em forma, tornando-se relevante. Quanto às experiências organizadas, revelam-se a mais importante das experiências, envolvendo as que são aceites na consciência e organizadas em relação à estrutura do *Self*, quer porque satisfazem a necessidade de *Self*, quer porque são conscientes com a estrutura do *Self*, e por isso, reforçam-na. Sendo que, o indivíduo escolhe de entre as suas muitas experiências as que concordam com o conceito de si mesma. As experiências distorcidas, aquelas que parecem impedidas de aceder à consciência, a pessoa é capaz de apreender e de aceitar que alguém a deprecie, porque isso está em conformidade com o conceito que tem de si. Pelo que, neste caso o sujeito rejeita a percepção de forma consciente. Pelo contrário, o sujeito rejeita as apreciações contrárias ou dá-lhe uma simbolização distorcida pois provoca uma contradição

traumatizante, uma vez que, a simbolização orgânica é algo que acontece e é um facto orgânico, em que o *Self* consciente evita simbolizar. Por tanto, as percepções são excluídas por serem contraditórias e não por serem depreciativas

I debate-se sobre uma luta interna entre as suas crenças integradas e enraizadas pelo seu contexto cultural e a psicopatologia.

XII) “A maior parte das formas de comportamento adotadas pelo organismo são aquelas que são consistentes com o conceito de self.” (Rogers, 2003, p.502). Quando o organismo luta para satisfazer as suas necessidades no mundo tal como o experimenta, encontra-se em coerência com o conceito de Self.

I. canaliza as suas energias para sair da situação em que se encontra, procurando e aderindo a várias e diferentes estratégias que a conduzam a um ponto de viragem.

XIII) “O comportamento pode surgir, em alguns casos, de experiências orgânicas e de necessidades que não foram simbolizadas. Esse comportamento pode ser inconsciente com a estrutura do self, mas nesses casos o comportamento não é “apropriado” pelo indivíduo.” (Rogers, 2003, p.514). As necessidades não simbolizadas correspondem a situações de perigo ou emergência, ou quando as experiências ocorrem organicamente e não são aceites na consciência, prevalecendo a pressão da necessidade orgânica. Assim sendo, por vezes, o organismo comporta-se ocasionalmente de determinada maneira, mas esse comportamento não faz parte do *Self*, ou seja, é um comportamento dissociado do *Self* sem controlo consciente.

XIV) A desadaptação psicológica existe quando o organismo rejeita da consciência experiências sensoriais e viscerais importantes que, por conseguinte, não se simbolizam nem se organizam na “gestalt” da estrutura do Self. Quando se verifica esta situação, há uma tensão psicológica de base ou potencial. (Rogers, 2003, p.514)

Quando se rejeita uma parte da simbolização, originam-se tensões profundas que resultam da diferença entre as experiências do indivíduo e o conceito do *Self* que vai influenciar o comportamento. Assim, quando o organismo busca a satisfação das necessidades que não são aceites de forma consciente e reage a experiências não aceites conscientemente, o controlo do *Self* torna-se desadequado. O sujeito reconhece essa tensão, sentindo-se ansioso e inseguro. No entanto, o facto do indivíduo mostrar-se consciente das suas tensões, faz com que comunique a falta de integração interior,

revelando uma área maior do espectro perceptivo alcançável à consciência. Na exploração da desadequação, o indivíduo baseia-se em apreciações de experiências extraídas de outros, com mínimo de simbolização.

A sobrecarga emocional resultou num estado de descompensação manifesto em várias ações de desespero, desorientação, paranoia, perseguição, delírios e alucinações.

XV) “A adaptação psicológica existe quando o conceito do self é tal, que todas as experiências viscerais e sensoriais do organismo são, ou podem ser, assimiladas de uma forma simbólica, dentro do conceito de self.” (Rogers, 2003, p.517). Esta adaptação corresponde à inexistência de tensão interior, em que o conceito de *Self* mostra-se coerente com todas as experiências do organismo, pois ocorre uma aceitação de todos os sentimentos, dos positivos aos sentimentos de desagrado. A integração permite a tendência para o crescimento pleno, pelo que, a aceitação consciente de impulsos e percepções, aumenta de forma gradual a possibilidade de controlo consciente, bem como a sensação de se controlar a si mesma.

I. desenvolveu um juízo crítico acerca da natureza da psicopatologia diagnosticada. Revela consciência das suas ações quando lamenta o abandono do trabalho e o facto de ter contraído dívidas.

XVI) Qualquer experiência que seja inconsciente com a organização ou estrutura do self pode ser percecionada como uma ameaça e, quanto mais numerosas forem essas percepções, mais rigidamente a estrutura do Self se organiza de modo a manter-se si mesma (Rogers, 2003, p.519)

Perante uma ameaça, o *Self* vai desenvolver um comportamento defensivo. Na impossibilidade desse comportamento defensivo, surge uma desintegração e uma perturbação psicológica. As ameaças surgem quando o sujeito perceciona as experiências como sendo incongruentes com a estrutura do *Self*.

I. viu-se envolvida num ciclo entre ameaças e comportamentos defensivos. A primeira ameaça foi ao deparar-se com o diagnóstico da doença e o crescendo da sensação de solidão que desencadearam o comportamento defensivo do excesso de trabalho. Por sua vez, esse mecanismo de defesa resultou numa confrontação constante com a debilidade e com o fim da vida, conduzindo ao abandono do trabalho. I. é ameaçada pela situação da pandemia Covid-19, dando origem à necessidade de isolamento social, e, por

consequente, à perturbação psicológica.

XVII) Em determinadas condições que impliquem, sobretudo, a ausência total de qualquer ameaça à estrutura do Self, podem percecionar-se e analisar-se experiências que são inconscientes com essa estrutura e esta pode ser revista de maneira a assimilar e a incluir tais experiências. (Rogers, 2003, p.521)

XVIII) “Quando o indivíduo apreende e aceita, num sistema coerente e integrado, todas as suas experiências viscerais e sensoriais, necessariamente compreende melhor os outros e aceita-os melhor como pessoas distintas.” (Rogers, 2003, p.523).

Quando o indivíduo desenvolve uma autoaceitação a um nível elevado relativamente a todos os aspetos do Self, conquista uma melhor relação interpessoal com os outros, uma relação de confiança e compreensão. O conceito de Self altera-se, no desenvolvimento normal como em terapia. Quando o indivíduo estabelece uma relação segura onde sente que é aceite, está disponível para simbolizar conscientemente experiências anteriormente rejeitadas, revendo o seu conceito de Self, assim como o seu comportamento. Trata-se, por tanto de um processo de aprendizagem de si próprio

No decorrer do acompanhamento psicológico, foi perceptível o desenvolvimento da aliança terapêutica, nomeadamente pela partilha de temas sensíveis. Para além do apoio psicológico, o trabalho multidisciplinar dos diferentes profissionais nas áreas de psiquiatria, fisioterapia, psicologia, medicina geral, assistência social, medicina dentária, a par com a atitude positiva e esperançosa de I. possibilitou o sucesso do processo de aprendizagem.

Conclusões da discussão. O caso de I. apresenta uma complexa interação entre a sua condição oncológica, desadaptação cultural, falta de suporte social e as raízes culturais que influenciam o seu surto psicótico. Concretamente, I. enfrenta um desafio duplo com o diagnóstico de cancro de mama e a mastectomia, enquanto navega pela transição cultural de viver em Portugal após uma vida na Guiné-Bissau. A migração, combinada com a perda do suporte familiar próximo, especialmente após o retorno do seu filho à Guiné-Bissau, provavelmente intensificou os seus sentimentos de solidão e isolamento. A sua experiência profissional tanto na Guiné-Bissau quanto em Portugal reflete uma resiliência cultural, mas também destaca a pressão financeira que enfrentou após perder o emprego devido à pandemia COVID-19. Essa desadaptação cultural pode ter tido

resultado no seu isolamento com a sociedade e, possivelmente, para o desenvolvimento de sintomas psicóticos. Os relatos de I. sobre crenças em práticas culturais tradicionais, como "macumbas" e rituais dos vizinhos, evidenciam uma influência cultural profunda nos seus sintomas psicóticos, como delírios e alucinações. A sua percepção de perseguição e conspirações pode ser interpretada como uma expressão da sua interpretação cultural das experiências psicóticas, destacando a necessidade de uma abordagem terapêutica sensível à cultura.

Assim, dado o quadro complexo de I., é essencial um plano terapêutico abrangente que aborde tanto as suas necessidades médicas quanto psicológicas. Isso inclui o uso de psicofármacos para tratar os sintomas psicóticos, psicoterapia para explorar as suas crenças e experiências, e atividades de grupo para promover o apoio social e a integração comunitária. A redução dos efeitos colaterais da medicação e o reajuste dos medicamentos são passos positivos para melhorar a sua qualidade de vida e adesão ao tratamento. Além disso, a articulação com uma técnica de serviços sociais é fundamental para fornecer suporte prático e recursos sociais que podem ajudar I. a enfrentar os desafios financeiros, habitacionais e de saúde que enfrenta. A progressão de I. demonstra o impacto positivo do apoio multidisciplinar, incluindo intervenções médicas, psicológicas e sociais, na promoção de sua recuperação e reintegração na comunidade.

Em resumo, o caso de I. destaca a força de um modelo mais holístico e sensível no acompanhamento de pacientes com condições psiquiátricas complexas, especialmente quando associadas a desafios médicos e sociais significativos. A interdisciplinaridade e o apoio comunitário desempenham uma função decisiva na promoção da recuperação e de condições de vida desses pacientes.

5.3. Conclusão

O presente relatório de estágio reflete uma jornada de aprendizagens e aplicação prática no contexto da intervenção psicossocial. Os objetivos delineados de acordo com as normas da EFPPA foram alcançados em grande parte, proporcionando uma base sólida para o desenvolvimento profissional e ético na prática clínica. Ao longo dos nove meses de estágio, uma série de atividades foram desenvolvidas, culminando em 420 horas de experiência prática.

A imersão na dinâmica da instituição permitiu compreender o modelo solidário de caráter religioso e espiritual instituído, além de identificar as problemáticas mais comuns enfrentadas pelas diferentes populações-alvo. A participação ativa em avaliações psicológicas, intervenções terapêuticas e atividades institucionais contribuiu significativamente para aprendizagem de competências clínicas, e para a aplicação de ensinamentos sobre farmacologia e estimulação cognitiva.

Destacam-se os casos clínicos apresentados (caso I. e caso J.), que proporcionaram uma oportunidade valiosa para aplicar os conhecimentos teóricos em um contexto real. Através desses casos, foi possível oferecer suporte psicológico a indivíduos em situação de vulnerabilidade, promovendo o seu desenvolvimento e bem-estar psicossocial. Além disso, a colaboração com a equipa técnica do serviço social permitiu identificar e atender às necessidades psicológicas dos utentes de forma integrada e interdisciplinar.

No que diz respeito ao contexto de atuação, este caracterizou-se por uma panóplia de problemáticas exigentes e desafiantes, possibilitando uma diversidade do ponto de vista da prática profissional. Destacando-se a oportunidade no conhecimento e domínio de diferentes testes psicológicos, e do desafio na intervenção em settings pouco convencionais.

Em relação ao caso de J., as limitações do processo de avaliação psicológica incluem o risco de subjetividade nas respostas, sendo crucial reconhecer a possibilidade de que a complexidade do estado emocional do paciente pode não ser totalmente capturada. Além disso, a linguagem e comunicação de J. podem ter influenciado os resultados, introduzindo desvios nas avaliações cognitivas. Por isso, identificar as causas subjacentes dos sintomas apresentados por J. é desafiador devido à inter-relação entre fatores psicológicos, sociais e físicos, sendo que as limitações na capacidade do paciente para relatar eventos passados com precisão podem impactar a compreensão das raízes dos problemas. Assim, a eficácia das intervenções propostas depende da colaboração ativa de

J., o que pode ser complicado considerando seu estado emocional e físico. No entanto, há contributos importantes identificados ao longo do processo: a relação terapêutica estabelecida durante a avaliação demonstrou ser um ponto positivo, facilitando uma compreensão mais profunda do paciente e a confiança construída pode favorecer a adesão às intervenções propostas. Sugestões para futuras intervenções incluem a implementação de monitorização contínua para avaliar a eficácia das intervenções ao longo do tempo e a adaptação do plano conforme necessário. Focar em estratégias que promovam resiliência emocional e bem-estar, envolver a rede de apoio social de J., e enfatizar a autonomia e o empoderamento são aspetos essenciais.

A complexidade do caso de J. requer uma abordagem dinâmica e adaptativa. A continuidade do suporte terapêutico, avaliações regulares e o envolvimento de uma rede de apoio são cruciais para promover uma trajetória positiva de recuperação e melhoria na qualidade de vida.

Relativamente ao caso de I., destaca-se a importância da Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo e da Abordagem Centrada na Pessoa. Além disso, evidencia a resiliência da paciente diante de desafios como a mudança de país, o diagnóstico de cancro e a pandemia, demonstrando a capacidade humana de superação. O relato de I. abrange diversas dimensões do bem-estar, proporcionando uma visão holística do indivíduo. Assim, recomenda-se reforçar o espírito de equipe entre profissionais de áreas distintas para um avanço mais abrangente, bem como a formação de grupos de suporte, que pode ser uma boa técnica para partilhar experiências e estratégias de *coping*. Uma abordagem culturalmente sensível deve ser integrada, reconhecendo as influências culturais na percepção do bem-estar. Além disso, a implementação de uma avaliação contínua do progresso terapêutico, ajustando estratégias conforme necessário, é fundamental. Estas sugestões visam otimizar a intervenção terapêutica e oferecer apoio contínuo à paciente I.

Foi perceptível que o modelo escolhido para intervir com pessoas em vulnerabilidade psicossocial em situação de exclusão é eficaz, embora seja desafio complexo e crucial que requer uma análise abrangente para avaliar sua eficácia. Um ponto fundamental a considerar é o acesso a recursos básicos, como abrigo, alimentação, assistência médica e higiene. A eficácia do modelo pode ser medida pela capacidade de atender a essas necessidades fundamentais, proporcionando um ambiente seguro e digno para aqueles em situação de sem-abrigo. Além disso, é essencial avaliar como o modelo aborda as necessidades psicossociais dessa população vulnerável, dado que as intervenções não

lidam apenas com as necessidades imediatas, devendo também abordar a saúde mental, oferecer apoio emocional e promover a reintegração social, pois estas são componentes cruciais para a eficácia do modelo.

Ademais, foi perceptível que resultados a longo prazo são indicadores-chave de eficácia. Avaliar taxas de recidiva para situação de sem-abrigo, melhorias nas condições de vida e integração bem-sucedida na sociedade são critérios valiosos para medir o impacto do modelo ao longo do tempo. Não se pode esquecer que a flexibilidade do modelo para se adaptar às necessidades individuais é um fator determinante e, por isso, abordagens personalizadas têm maior probabilidade de sucesso, reconhecendo a diversidade de circunstâncias e desafios enfrentados por aqueles em situação de sem-abrigo. Por fim, o feedback direto dos beneficiários é inestimável: ouvir as experiências e opiniões das pessoas envolvidas fornece insights valiosos, garantindo que as vozes daqueles diretamente afetados são consideradas ao longo de toda a intervenção.

No entanto, é importante reconhecer algumas limitações inerentes ao processo de estágio. Restrições de tempo podem ter impactado a profundidade das intervenções realizadas, enquanto a necessidade de supervisão pode ter limitado a autonomia na condução de atividades clínicas. Essas limitações ressaltam a importância de procurar oportunidades contínuas de aprendizagem e aprimoramento profissional, visando oferecer um serviço de qualidade e ético.

De facto, o estágio proporcionou uma experiência valiosa no contexto da intervenção psicossocial, oferecendo oportunidades significativas para aplicar conhecimentos teóricos de forma prática e ética. Contudo, ao considerar os dados nacionais sobre características sociodemográficas e problemas de saúde mental, é óbvia a importância crítica do trabalho desenvolvido neste campo.

Em Portugal, a situação dos sem-abrigo, particularmente nas cidades de Lisboa e do Porto, apresentam desafios significativos, com uma percentagem elevada de pessoas em condição de vulnerabilidade, podendo estar correlacionada com problemas de toxicodependência. Ao nível das características sociodemográficas, de acordo com o Instituto de Segurança Social em Portugal (2015), entre os anos 2004 e 2005, existiam 2717 pessoas em situação de exclusão e vulnerabilidade, solteiros, do sexo masculino, com idades que rondavam entre os 30 e os 59 anos de idade, com 75% em situação de nacionalidade portuguesa. A taxa de territorialização é centrada na área metropolitana de

Lisboa, com indivíduos, que na sua maioria, teriam mais de 50 anos, com problemas de alcoolismo associado. Na área metropolitana do Porto, grande parte das pessoas em condição de Sem-Abrigo, tinham maioritariamente 39 anos, com problemas de toxicodependência associados.

O envelhecimento da população apresenta um crescimento alarmante da atualidade, tornando-se num desafio de saúde pública à escala mundial (OMS, 2017, OPP, 2020). Na União Europeia em 2019 o idoso representa 20,3% da população e o idoso com 80 ou mais anos, representa 5,8% da população. Estima-se que estes dados multipliquem no decorrer dos anos (EUROSTAT, 2020). Ao nível dos dados estatísticos nacionais, Portugal tem uma taxa de 22% de adultos com mais de 65 anos, repercutindo nos níveis do índice de envelhecimento que aumentaram de 101,6 para 161,3% no espaço de alguns anos (PORDATA, 2020; DGS, 2017). Com o aumento do envelhecimento vão-se gerando mais desafios à sociedade o que se torna imperativos medidas para dar suporte e resposta a esta realidade (OMS, 2015). Portugal encontra-se no terceiro lugar de países com mais idosos nos países da União Europeia (INE, 2020). Um indivíduo idoso considera-se uma pessoa com 65 anos ou mais (OMS, 2017; OPP, 2020). O envelhecimento demográfico vem no decorrer do aumento da esperança média de vida e consequente longevidade, conjugado com a diminuição da taxa de natalidade e mortalidade (Cabral et al., 2013). Consequentemente, existe um agravamento da taxa de dependência dos adultos mais velhos, verificando-se 34,2% de idosos encontram-se em situação de dependência, sendo que por cada 100 indivíduos, 34 são idosos não ativos (PORDATA, 2020). Este fenómeno tem despertado bastante interesse há já alguns séculos, tendo a sua definição sofrido várias alterações ao longo do tempo (Sequeira, 2010).

De acordo com o “Programa Nacional Para a Saúde Mental” (2015) cerca de 21% da população nacional sofre de depressão, encontrando-se em constante desenvolvimento (DGS, 2017). Existe maior prevalência em idosos e do género feminino, e como consequência da depressão desenvolvem-se problemas ao nível do funcionamento global do indivíduo tal como: problemas nas valências afetivo-emocional, somático, cognitivo, comportamental e motor, podendo em alguns casos levar ao suicídio (Almeida, 2015). Perante as taxas de envelhecimento populacional ao nível mundial, o tema idoso tem tido maior destaque nas investigações científicas e consequentemente as perturbações que mais afetam os indivíduos idosos, nomeadamente a depressão (Silva et al., 2012; Almeida, 2015; DGS, 2017). Trata-se de uma perturbação psicológica de extrema

gravidade, em que os fatores genéticos e ambientais funcionam como fatores de risco (Mojtabai, 2014), assim como história clínica familiar, episódios depressivos, comorbidades, eventos ansiogênicos e stressores e abuso de fármacos ou drogas (Santos, 2011).

Em 2019, foi feito nos Estados Unidos, um estudo com a população sem abrigo, do qual 78% dos indivíduos manifestaram sintomas de depressão e somente um terço procurou ajuda especializada (Nacional Alliance to End Homelessness, 2019). Outro estudo feito em Londres, pode verificar que um em cada dois indivíduos sem abrigo sofre de depressão, pois existe uma correlação entre a depressão e o aumento do tempo que uma pessoa ficava sem casa (Reid et al., 2019).

A substância psicoativa com maiores níveis de consumo mundialmente é o álcool. O seu consumo advém de várias situações sociais, uma vez que há consumos motivados pela felicidade ou pela infelicidade, uma vez que é um facilitador na libertação emocional, facilitador de interação social e pode proporcionar sensação de bem-estar (Martins et al., 2019). Segundo as pesquisas de Moen e Ohlund (2003), cerca de 50% dos indivíduos em tratamento de desintoxicação e libertação da adição, vêm de famílias com problemas estruturais, divórcios, pais dependentes ou portadores de psicopatologia, mortes prematuras e acontecimentos traumáticos.

Cerca de 71,8% dos participantes dos estudos de Vasconcelos et al. (2015), com adição a álcool e droga apresentam duplas patologias como perturbações do humor e perturbações da personalidade.

Outros estudos referem ainda, que existe ligação direta com a toxicodependência e a presença de patologias associadas a perturbações afetivas bipolares e perturbações psicopatológicas do pânico (Swendsen et al., 2011).

Em síntese, apesar de ainda predominar um discurso centrado nos fatores de risco no trabalho pessoas em situação de sem-abrigo, há uma crescente tentativa de romper com a narrativa da incapacidade de enfrentar as adversidades da vida. Nesse contexto, observa-se uma abordagem que procura identificar e destacar fatores de proteção muitas vezes negligenciados pelo sistema, promovendo a resiliência como contraponto à vulnerabilidade. Quando aplicamos essa perspectiva ao trabalho com este tipo de população ~~ed~~ a procura por fatores de segurança pode envolver a identificação de características que reduzem a probabilidade de resultados negativos ou indesejados, contribuindo para a diminuição da incidência e severidade dos desafios enfrentados por

essa população vulnerável. Essa abordagem orientada para a resiliência pode ser eficaz ao desenvolver estratégias que fortaleçam a capacidade de enfrentamento e a superação das dificuldades associadas à condição de exclusão (Prati et al., 2009).

Portanto, o estágio proporcionou uma base sólida para o desenvolvimento profissional na área da psicologia, evidenciando a importância da colaboração interdisciplinar e da aplicação de abordagens holísticas no aumento da satisfação e condição de vida das pessoas. A aprendizagem adquirida ao longo dessa experiência será fundamental para enfrentar os desafios futuros e contribuir de forma significativa para a promoção dos serviços de conforto mental e intervenção social.

5.4. Reflexão

Durante o estágio curricular, enfrentei uma série de desafios que foram significativamente importantes para o meu desenvolvimento profissional. Uma das primeiras dificuldades que enfrentei foi a interação com os utentes mais idosos, onde tive que aprender a separar as minhas próprias experiências pessoais daquelas dos utentes, a fim de garantir uma abordagem profissional e centrada no paciente. Além disso, experimentei momentos de insegurança, especialmente no início do estágio, onde questioneei a minha capacidade de lidar com situações e problemas que eu ainda não havia enfrentado. No entanto, ao longo do tempo, essa insegurança transformou-se em respeito e confiança nas minhas capacidades profissionais, o que me permitiu enfrentar os desafios de forma mais eficaz.

Ao longo das sessões de apoio psicológico tentei garantir que a minha presença fosse genuinamente centrada no paciente e focada nas suas necessidades. Concomitantemente, ao lidar com ambientes desafiadores durante as visitas domiciliárias, desenvolvi capacidades de adaptação e resiliência, garantindo que o meu foco permanecesse no bem-estar emocional dos utentes.

No geral, o estágio proporcionou uma oportunidade única de crescimento e aprendizagem profissional, onde pude desenvolver competências essenciais de escuta, empatia e adaptação, que serão fundamentais para a minha prática futura como profissional de psicologia.

Referências

- Aldrighi, T. (2011). Família em situações de vulnerabilidade: programa de restauração de vínculos e promoção de crescimento das relações familiares. *Revista de Psicologia*, 1(1), 261-270.
- Alexander, D. (2011). Modelos de vulnerabilidade social a desastres. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, 9-29.
- Alexopoulos, P., Ebert, A., Richter-Schmidinger, T., Scholl,., Natale, B., Aguilar, C. A., & Kneib, T. (2010). Validation of the German revised Addenbrooke's cognitive examination for detecting mild cognitive impairment, mild dementia in Alzheimer's disease and frontotemporal lobar degeneration. *Dementia ang geriatric cognitive disorders*, 29(5), 448-456.
- Almeida, M. A. S. O., Lemes, A. G., Nascimento, F. V., Fonseca, M. N. P. I., Rocha, E. M. D., Volpato, R. J., & Cardoso, T. P. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 627.
http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1895/pdf_648
- Almeida, P & Almeida, A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- American Geriatrics Society. (2019). Pharmacologic Management of Depression in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674-686.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- American Psychiatric Association. (2020). *Antipsychotic Medications*.
<https://www.psychiatry.org/patients-families/mental-health-medications/antipsychotic-medications>
- American Psychological Association. (2022). *Clinical Psychology*.
<https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical#>
- Andreatini, R., Boerngen-Lacerda, R., & Zorzetto Filho, D. (2001). Tratamento

- farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 233-242.
- Antunes, M. D., Palácio, S. G., & Bertolini, S. M. M. G. (2015). Efeito da fisioterapia na Síndrome de Guillain-Barré. In IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar, Maringá. Anais, 4-8.
- Archie, S., Kazemi, A. Z., & Akhtar-Danesh, N. (2012). Concurrent binge drinking and depression among Canadian youth: prevalence, patterns, and suicidality. *Alcohol*, 46(2), 165-172.
- Baig, A. M. (2020). Emerging infectious diseases in Pakistan: a clear and present danger. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(5).
- Balan, T. G., & Campos, C. J. G. (2006). Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre graduandas de enfermagem de uma universidade estadual paulista. *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 2(2), 0.
- Bandelow, B., & Zohar, J. (2008). Loprazolam for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 599-605.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183–192.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.
- Barbosa, L. N. F., Asfora, G. C. A., & de Moura, M. C. (2020). Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 16(1), 1-8.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale. In A. Mendonça, M. Guerreiro & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.),

- Escalas e testes na demência* (2.^a ed.; pp. 37-43) [Scales and Test in Dementia, 2nd ed.]. GEECD/Novartis.
- Begeti, F., Tan, A. Y., Cummins, G. A., Collins, L. M., Guzman, N. V., Mason, S. L., & Barker, R. A. (2013). The Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised accurately detects cognitive decline in Huntington's disease. *Journal of neurology*, 260(11), 2777-2785.
- Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-Amor, Sem-Abrigo*. Cimepsi.
- Bento, A. (1999). Sem-abrigo: do açoitar às psicoterapias de rua. *Hospital Júlio de Matos*, 1, 7 – 16.
- Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2010). Emotional dysregulation: Association with coping-oriented marijuana use motives among current marijuana users. *Substance Use & Misuse*, 45(3), 514-527.
- Born, T. (2006) *A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação*. Seminário Velhice Fragilizada. SESC.
- Bozarth, J. (1998). *Perzon-centered therapy: a revolutionary paradigm*. PCCS Books.
- Brasil (2019). Depressão: Causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. In: Ministério da Saúde – Tribunal de justiça do Distrito Federal e dos Territórios.
- Breslau, J., Lane, M., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2008). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of psychiatric research*, 42(9), 708-716.
- Brissos, L. J. (2001). O paradigma rogeriano da pessoa como centro: na perspectiva da liberdade pessoal. *A pessoa como Centro*, 7, 53-63.
- Brites, R. (2006). *Explorando a Teoria da Personalidade de Rogers: O Desenvolvimento Humano na Perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa*. [Monografia de Pós-Graduação não publicada]. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Brodley, B. T (1997). The Nondirective attitude in client-centered therapy. *The Person Centered Journal*, 4(1), 18-30
- Brodley, B. (1998). O conceito de tendência actualizante na teoria centra no cliente. *A pessoa como centro*, 2, 37-49.

- Brooks, S. K., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Bruno, C.T., Marques, M. B., & Silva, M. J. (2006). Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e ambiente como geradores. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 7(1), 35-42.
- Bryson, W. J. (2021). Long-term health-related quality of life concerns related to the COVID-19 pandemic: a call to action. *Quality of Life Research*, 30(3), 643–645.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Calejon, L. M. C. (2011). *Revista EXITUS*, 1(1), 149-164.
- Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A., & Mazza, R. S. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 513-517.
- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. In: DGS. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Carvalho, R. C. A., Souza, A. I. L. de, Costa, L. S. de S., Barbosa, K. T. F., & Cavalcante, J. H. de S. (2015). Sobrecarga emocional e qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes atendidos em um ambulatório geriátrico. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 5(1), 30-38.
- Castel, R. (1991). *Espacios de poder*. Ediciones La Piqueta.
- Chavez, K. A. P., O'Brien, B., & Pillon, S. C. (2005). Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1194-1200.
- Clark, M. M., Jenkins, S. M., Hagen, P. T., Riley, B. A., Eriksen, C. A., Heath, A. L., Douglas K. S., Werneburg, B. L., Lopez-Jimenez, F., Sood, U., Benzo, R. P., & Olsen, K. D. (2016). High Stress and Negative Health Behaviors: A Five-Year Wellness Center Member Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 58(9), 868-873.

- CNS. (2019). *Conselho nacional de saúde. Sem tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década.* <https://fronteirasxxi.pt/wpcontent/uploads/2020/02/%E2%80%9CSEM-mais-tempo-a-perder%E2%80%9D>
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M., & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13(2), 306-312.
- Conner, B. T., Hellemann, G. S., Ritchie, T. L. & Noble, E. P. (2010). Genetic, personality, and environmental predictors of drug use in adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), 178 - 190.
- Costa, A., Baptista, I, Perista, P., & Carrilho, P. (2008). *Um olhar sobre a pobreza: Vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo.* Edições Gradiva.
- Cruz, S., Neves, M., Quintas, R., Quintas, A., & Bastos, V. (2006). *Vidas à parte – passado, presente e futuro.* Associação dos Albergues Nocturnos do Porto.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R - Manual Questionário de 90 sintomas.* Tea Ediciones.
- Dias, F. (2003). *Educação e Projecto de Vida, Antes e Depois da Toxicodependência.* Instituto Piaget.
- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico, *Educar em Revista*, 65-76.
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: Envelhecimento Saudável.* Ministério da Saúde. <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: Envelhecimento Saudável.* Ministério da Saúde, <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: Envelhecimento Saudável.* Ministério da Saúde. <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.asp>
- EMCDDA. (2016). Relatório Europeu sobre Drogas. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (2009). *Da Coerção à Coesão – Tratamento da Dependência*

de Drogas por Meio de Cuidados de Saúde e Não da Punição.
<http://doi.org/10.2810/7534>.

EUROSTAT. (2021). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>.

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2014). *The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis*.

Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(7), 106-132.

Felizardo, S. (2005). Avaliação da Personalidade no C.A.T. de Castelo Branco – Perfil obtido a partir do Mini-Mult questionário aplicado aos utentes em programa de Metadona. *Revista Toxicodependências*, 11(3), 25-36.

Fernandes, B. S., Williams, L. M., Steiner, J., Leboyer, M., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2018). The new field of precision psychiatry. *BMC medicine*, 16(1), 1-8.

Fernandes, L., Fontes, P., Costa, A., Lages, J., & Fernandes, H. (2023). Será a condição de sem-abrigo uma questão de escolha? Um estudo exploratório realizado nos Açores. *Cidades, Comunidades e Territórios*, 87-104.

Ferrarini, M. A. G., Scattolin, M. A. A., Rodrigues, M. M., Resende, M. H. F., Santos, I. C. L., & Iazzetti, A. V. (2011). Síndrome de Guillain-Barré em associação temporal com a vacina influenza A. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4).

Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). Addenbrooke Cognitive Examination-Revised (ACE-R): Adaptação portuguesa. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Fischer, P. & Breakey, W. (1991). The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46(11), 1115-1128.

Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., & Bailey, A. (2005). Prevalence and Characteristics of Homeless Adults with Schizophrenia in the United States: Analysis of the SHELTER Study. *J Urban Health*, 82, 250-261.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of*

Psychiatric Research, 12(3), 189–198. [https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

Frade, J. (1998). *A personalidade (perfil clínico) do sem-abrigo segundo o S. C. L.* 90-R. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Freedberg, D. E., Kim, L. S., & Yang, Y. X. (2017). Os riscos e benefícios do uso prolongado de inibidores da bomba de prótons: revisão de especialistas e conselhos de melhores práticas da Associação Americana de Gastroenterologia. *Gastroenterologia*, 152(4), 706-715.

Freire, E. & Tambara, N. (2001). A terapia centrada na pessoa: os desafios da clínica. *A pessoa como centro*, 7, 81-88.

Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-412.

Fu, L., Wang, B., Yuan, T., Chen, X., Ao, Y., Fitzpatrick, T., Li, P., Zhou, Y., Lin, Y. fan, Duan, Q., Luo, G., Fan, S., Lu, Y., Feng, A., Zhan, Y., Liang, B., Cai, W., Zhang, L., Du, X., & Zou, H. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection*, 80(6), 656–665.

Gelberg, L., Browner, C. H., Lejano, E. A., & Arangua, L. (2015). Access to Women's Health Care: A Qualitative Study of Barriers Perceived by Homeless Women. *Women's Health Issues*, 4(4), 155–162.

Goldstein, K. (1939). *The Organism – A holistic approach to biology derived from pathological data in Man*. American Book Company, pp. 196,197.

Gonçalves, A. M. C. e cols. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2).

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).

Gupta, S., & Cahill, J. D. (2017). Risperidone. StatPearls. Lafer, B., Filho, H. P. V. (1999). Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/7YBWGD6DJdkRJcyCPZz43dr/?format=pdf&lang=pt>

- Hall, C., Lindzey, G., & Campbell, J. (1984). *Teorias da Personalidade*. EPU (obra original publicada em 1957), p. 49.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. University of Minnesota Press.
- Helfrich, A. & Chan, D. (2010). Changes in Self-Identified Priorities Competencies, and Values of Recently Homeless Adults with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16, 22-49.
- Henriques, T. (2013). *Toxicodependência: O Caso da Comunidade Terapêutica Arco-Íris*. Universidade de Coimbra.
- Hipólito, J. (1991). Comunicação pessoal. Cit Nunes, O. Uma abordagem da relação de ajuda. *A pessoa como centro*, 3, 59-64.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Edual.
- Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The Schizophrenic Patient in the Community and His Effect On the Household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165-176.
- Hosseiny, M., Kooraki, S., Gholamrezanezhad, A., & Reddy, S. (2020). Radiology perspective of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Lessons from severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 214(5), 1078-1082.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506.
- INFARMED. (2014d). *Resumo das Características do Medicamento Olanzapina*. http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=55219&tipo_do
- INFARMED. (2014d). *Resumo das Características do Medicamento Quetiapina*. http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=45374&tipo_do
- Instituto da Segurança Social (2015). *Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo – Prevenção, Intervenção e Acompanhamento*. [CAPA \(seg-social.pt\)](http://capa(seg-social.pt))

- Jacob, L. (2013). *Envelhecimento da população in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Psicossoma.
- Ji, W., Wang, W., Zhao, X., Zai, J., & Li, X. (2020). Cross-species transmission of the newly identified coronavirus 2019-nCoV. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 20433–440.
- Jorge, P. (2022). Determinantes do adoecimento mental na população sem-abrigo. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 38(5), 488–95. <https://rpmgfp.pt/ojs/index.php/rpmgfp/article/view/13394>
- Karch, S. (2008). *Addiction and Medical Complications of Drug Abuse*. California: Taylor & Francis Group.
- Kasprow, W. J. & Rosenheck, R. A. (2008). Outcomes of Critical Time Intervention Case Management of Homeless Veterans After Psychiatric Hospitalization. *Psychiatric Services*, 59(6), 690–697.
- Killgore, W. D., et al. (2020). Loneliness during the first half-year of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*, 294, 113551.
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319-325.
- Kudoh, A., Ishihara, H., Matsuki, A., & Hakamaki, T. (2013). Safety and efficacy of Trazodone hydrochloride tablets in depressed patients: a multicenter, placebo-controlled, double-blind study in patients with major depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 28(3), 220-226.
- Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 1–2.
- Kwak, Y. T., Yang, Y., & Kim, G. W. (2010). Korean Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (K-ACER) for differential diagnosis of Alzheimer's disease and subcortical ischemic vascular dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 10(4), 295-301.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Factor.
- Levine, J., Schooler, N. R., Husain, M. M., & Gelenberg, A. J. (2012). Trazodone: a double-blind, placebo-controlled study of its effectiveness in depressed outpatients.

- Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 27(1), 46-53.
- Lima, C. K. T., et al. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915.
- Lima, P. M., & Coelho, V. L. (2011). A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31(1), 4-19.
- Loades, M. E., et al. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.
- Main, T. (1998). How to think about homelessness: balancing structural and individual causes. *Journal of Social Distress and Homeless*, 7(1), 41-54.
- Maronesi, L. C., Silva, N. R., Cantu, S. D., & Santos, A. R. (2014). Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 877-892.
- Martins, R. A., Ribeiro, C. F., & Cruz, L. A. N. (2019). Depressão e consumo de álcool em adolescentes: análise da produção no período de outubro de 2008 a março de 2017. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(60).
- Martins, R. M. L. (2008). A depressão no idoso. *Millenium Revista do ISPV*, 34, 119-123.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garret, C. (2003). Estudo da validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde e doença*, 4(1), 131-148.
- Matos, A. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Climepsi Editores.
- Matos, A. M. B. (2017). *Perfil clínico, epidemiológico, laboratorial e eletroneuromiográfico de pacientes com síndrome de guillain barré assistidos no Hospital Geral de Fortaleza*. In *Trabalho de Conclusão de Residência Médica (Residência Médica em Neurologia)* – Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza. Organização Mundial da Saúde.
- McQuistion, H., Finnerty, M., Hirschowitz, J. & Susser, E. (2003). Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*,

5(54), 669-676.

- Mendes, J. M. (2018). Risco, vulnerabilidade social e resiliência: conceitos e desafios. *Revista Gestão & Sustentabilidade Ambiental*, 7, 463-492.
- Merikangas, K. R., Li, J. J., Stipelman, B., Yu, K., Fucito, L., Swendsen, J. & Zhang, H. (2009). The Familial Aggregation of Cannabis Use Disorders. *Addiction*, 104(4), 622-629.
- Miguel, M., Ornelas, J. & Maroco, J. (2010). Modelo de atitudes face aos sem-abrigo em Portugal. *Análise Psicológica*, 3(28), 437-450.
- Minayo, M.C., & Coimbra, C.E. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Editora Fiocruz.
- Minayo, M.C., & Coimbra, C.E. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Editora Fiocruz.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(11), 1078-1085.
- Moen, C. & Ohlund, L. (2003). Negative memories of childhood and current drug abuse use. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 303-308.
- Mojtabai, R. (2005). Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 2(56), 172-178.
- Mojtabai, R. (2014) Diagnosticar depressão em idosos na atenção primária. *The New England Journal of Medicine*, 370(13), 1180-1182.
- Montgomery, S. A., Dufour, H., Brion, S., Hennicken, D., & Kasper, S. (2004). Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 184(6), 565-572.
- Moreira, J. D. O. (2012). Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 28(4), 451-456.
- Motta, A. M. & Parente, C. (2018). *Reprodução intergeracional da pobreza: o caso do complexo de favelas do São João - Rio de Janeiro – Brasil*. 7.º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Brasil.

- Muñoz, M., Vazquez, C., Bermejo, M., Vazquez, J. & Sanz, J. (1996). Transtornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI (Composite International Diagnostic Interview). *Archivos de Neurobiologia*, 59(4), 269-282.
- Naber, D., Lambert, M., Peuskens, J., et al. (2004). Aripiprazole versus risperidone and placebo in schizophrenia: a double-blind, randomized study. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(11), 1497–1506.
- Nacional Alliance to End Homelessness. (2019). *Homelessness and Health: What's the Connection?*. <https://endhomelessness.org/resource/homelessness-and-health-whats-the-connection/>
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R., Silva, J. C., Veloso, L. C. & Vale, A. R. M. C. (2008). Cuidar de Idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4).
- Nath, A. (2020). Neurologic complications of coronavirus infections. *Neurology*, 94(19), 809–810.
- Nierenberg, A. A. & DeCecco, L. M. (2001). Definições de resposta ao tratamento com antidepressivos, remissão, não resposta, resposta parcial e outros desfechos relevantes: um foco na depressão resistente ao tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 62(S16), 5-9.
- Nobre, S. (2020). Perspetiva de curso de vida: a situação de sem-abrigo no feminino em Portugal. *Análise Social*, 2(235), 332-354.
- Nunes, J. M., Campolina, L. R., Vieira, M. A., & Caldeira, A. P. (2012). Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre académicos da área da saúde. *Archives of Clinical Psychiatry*, 39, 94-99.
- Nunes, M. O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa Como Centro—Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.
- Obando, S. & Roy, L. (2018). Mental Health and Homelessness. *Psychiatry*, 15(8), 445-448.
- Oliveira, D. C. D., Neri, A. L., & D'Elboux, M. J. (2016). Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 566- 573.
- OMS. (2017). *Relatórios de avaliação da Organização Mundial da Saúde para sistemas de saúde mental*. Organização Mundial de Saúde.

- OMS. (2017). *Relatórios de avaliação da Organização Mundial da Saúde para sistemas de saúde mental*. Organização Mundial de Saúde.
- OPP. (2020). Ordem dos Psicólogos Portugueses. *O papel do psicólogo no envelhecimento*.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). CID-10: *Classificação Estatística Internacional de Doenças*. Edusp.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 15(3), 375-388.
- Ouzir, M. & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 48, 59-68
- Pagès, M. (1970). *Orientação não-directiva em psicoterapia e psicologia social*. E.P.U.
- Pais, J. (2006). *Nos rastros da solidão: Deambulações Sociológicas*. Âmbar.
- Paiva, M. H. P. D., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Santos, Á. D. S. (2016). Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3347-3356.
- Papakostas, G. I., Nutt, D. J., Hallett, L. A., Tucker, V. L., Krishen, A., Fava, M., & Bremner, J. D. (2006). Resolution of sleepiness and fatigue in major depressive disorder: A comparison of bupropion and the selective serotonin reuptake inhibitors. *Biological Psychiatry*, 60(12), 1350-1355.
- Pereira, A., Barreto, P., & Fernandes, G (2000). *Análise Longitudinal dos Sem-Abrigo em Lisboa: a situação em 2000*. Laboratório Nacional de Engenharia Civil. Departamento de Acção Social da Câmara Municipal de Lisboa.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. C., & Carvalhaes, R. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 135-143.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., & McManus, S. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892.
- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., Ceres, E. L., Fram, L. F., Souza, B, Silva, A. G. (2009).

- Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5), 652-657.
- Pires, M., Fonseca, C., João, R. & Santos, M. (2021). Covid-19, confinamento e teletrabalho: Estudo qualitativo do impacto e adaptação psicológica em dois estados de emergência. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 26–34. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34>
- Pocinho, R., Castro, J., Santos, G. & Rosa, C. M. (2015). Redes de amigos e vizinhança como fator de proteção social para pessoas idosas isoladas: Estudo piloto em aldeias concelho da Guarda. *Polémica*, 15(3)11-24.
- PORDATA (2020). Portugal. <http://www.pordata.pt/Portugal>
- Prati, L. E., Couto, M. C. P. P., & Koller, S. H. (2009). Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 403-408.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066.
- Raven, J.; Raven, J. C. e Court, J. H. (1991). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Section I. General Overview*. Oxford Psychologists Press.
- Raven, J.C. (1962). *Matrizes Progressivas - Escala Avançada - Série I e II*. CEPA.
- Reid, B., Gamble, E., & Killpack, C. (2019). *Mental Health Among Homeless People*. <https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-8603#fullreport>
- Rittman, T., Ghosh, B. C., McColgan, P., Breen, D. P., Evans, J., Williams-Gray, C. H., & Rowe, J. B. (2013). The Addenbrooke's Cognitive Examination for the differential diagnosis and longitudinal assessment of patients with parkinsonian disorders. *JNeurol Neurosurg Psychiatry*, 84(5),544-551.
- Rogers, C. (1971). *Autobiographie de Carl Rogers*. (Trad. Hochmann, J. & Dubernard).epi.
- Rogers, C. (1983). *Um Jeito de Ser*. (Trad. Kupfer, M., Lebrão, H., Patto, Y.). E.P.U (obraoriginal publicada em 1980), p. 45.
- Rogers, C. R. (1974). *A terapia centrada no paciente*. Moraes Editores.

- Rogers, C. R. (2000). *Manual de Counselling*. (B. Tomé & S. Feijão, Trans.) Encontro. (Original work published 1946).
- Rogers, C. R. (2003). *Some observations on the organization of personality*. <http://psychclassics.york.ca/rogers/personality>.
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia Centrada no Cliente*. (S. Feijão, Trans.) EdiUAL. (Original work published 1951).
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 240–248. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/0033-3204.44.3.240>
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se Pessoa*. (M. Ferreira & A. Lamparelli, Trans. Padrões Culturais. Original work published 1961).
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–10
- Rothan, H. A., & Byraredddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 102433.
- Salari, N., et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57.
- Santa Casa da Misericórdia de Sintra (2022). *Documentos*. [Documentos - Santa Casa da Misericórdia de Sintra \(misericordiadesintra.pt\)](https://www.misericordiadesintra.pt/Documentos)
- Santa Casa da Misericórdia de Sintra. (2022). *Apresentação da SCMS*. [A Instituição - Santa Casa da Misericórdia de Sintra \(misericordiadesintra.pt\)](https://www.misericordiadesintra.pt/A-Instituicao)
- Santa Casa da Misericórdia de Sintra. (2022). *História – Breve História da SCMS*. [História - Santa Casa da Misericórdia de Sintra \(misericordiadesintra.pt\)](https://www.misericordiadesintra.pt/Historia)
- Santa Casa da Misericórdia de Sintra. (2022). *Missão, Visão e Valores*. [Missão, Visão e Valores - Santa Casa da Misericórdia de Sintra \(misericordiadesintra.pt\)](https://www.misericordiadesintra.pt/Missao-Visao-e-Valores)
- Santa Casa da Misericórdia de Sintra. (2022a). *Apresentação da SCMS*. <https://www.misericordiadesintra.pt/a-instituicao/>
- Santa Casa da Misericórdia de Sintra. (2022e). *Prémio boas práticas em psicologia*. <https://www.misericordiadesintra.pt/premio-boas-praticas-em-psicologia/>

- Santiago, A. & Holanda, A.F. (2013). Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. *Revista da Abordagem*, 19(1), 38-50.
- Santos, C. B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa - Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 18-23.
- Santos, L. M. (2011). Fatores que contribuem para a depressão no idoso. *Revista de Enfermagem UNISA*, 12(2), 112-116.
- Santos, V., Tura, L., & Arruda, A. (2013). As representações sociais de “pessoa velha” construídas por idosos. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 138-147.
- Schechter, J. M., & Hsieh, D. T. (2016). Pharmacodynamic drug interactions of new psychotropic drugs: a review of the metabotropic glutamate 2/3 receptor agonists and antagonists, and anxiolytic and antidepressant drugs. *Expert opinion on drug metabolism & toxicology*, 12(11), 1327-1343.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 289-297.
- Schlien, J. A. (1998). *Empatia em Psicoterapia – A pessoa como centro*, 1, 40-53.
- Schütz, D. M. & Itaqui, L. G. (2016). O silêncio na psicoterapia a luz da abordagem centrada na pessoa. *Revista do NUFEN*, 8(1), 76-90.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel- edições técnicas, lda.
- Sequeira, C. A. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9-16.
- Shier, M., Jones, M., & Graham, J. (2010). Perspectives of Employed People Experiencing Homelessness of Self and Being Homeless: *Challenging Socially Constructed Perceptions and Stereotypes*. *Journal of Sociology & Social Welfare*. 37(4), 13-37.
- Shinn, M. (2007). Contextos comunitários favoráveis ao bem-estar. *Análise Psicológica*, 25, 35-61.
- Sidor, A., et al. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on mental health and substance use in various countries. *International Journal of Environmental Research*

and Public Health, 17(20), 9247.

Silva, A., Costa, M., Martins-de-Souza, D., & Gattaz, W. F. (2019). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of xaplión® for the treatment of acute schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 17(1), 34-41.

Silva, E. R., Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(6), 87-93.

Silva, G. B. (2010). Caracterizando a depressão no idoso: uma revisão bibliográfica.

Centro Científico Conhecer, 6(9), 1-7.

Simões, Â. L. & Sapeta, P. (2017). Construção Social do Envelhecimento Individual. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 09-26.

Soares, P. F., Oliveira, F. B., Freitas, E. A., Leite, E. S., Nogueira, J. R., & Nóbrega, A. C. (2013). Depressão em idosos assistidos nas unidades básicas de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(9), 5453-5459.

Sousa, F. M & Almeida (2001). E se perguntássemos aos Sem-Abrigo? Satisfação e necessidades percebidas face aos serviços, num abrigo de Lisboa. *Análise Psicológica*, 2(19), 299-312.

Stanton, R., et al. (2020). Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065.

Subbaraman, M. S. & Kerr, W. C. (2015). Simultaneous versus concurrent use of alcohol and cannabis in the National Alcohol Survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(5), 872-879.

Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Dierker, L., Glantz, M., Jin, R. & Kessler, R. C. (2009). Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*, 104(8), 1346-1355.

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Bernardo, A. D. I., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatria*, 55(3), 137–144.

- Teston, E.F, Carreira, L., & Marcon, S.S. (2014). Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 450-456.
- Thompson, E. E., Salazar, L. F., Dilley, J. W., Wenger, N. S., & Doebbeling, B. N. (2016). Prevalence and Characteristics of Psychological Distress and Psychiatric Disorders Among Primary Care Patients in a Military Medical Center. *Psychiatric Services*, 57(5), 653–655.
- Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F. (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(9), 1128-1138.
- Volkow, N. D. & Li, T. K. (2004). The neuroscience of addiction. *Nature Neuroscience*, 8(11), 1429-1430.
- Willison, H. J., Jacobs, B. C., & Van Doorn, P. A. (2016). Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*, 388(10045), 717-727.
- Wood, J. C. & Wood, M. (2008). *Therapy 101: a brief look at modern psychotherapy techniques and how they can help*. New Harbinger Publications.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37–49.
- Yoshida, H., Terada, S., Honda, H., Kishimoto, Y., Takeda, N., Oshima, E., & Uchitomi, Y. (2012). Validation of the revised Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) for detecting mild cognitive impairment and dementia in a Japanese population. *International Psychogeriatrics*, 24(1), 28-37.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054–1062.