



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

NO CAMINHO DA AUTONOMIA:
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NUMA UNIDADE DE VIDA

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

Autor(a): Luís Manuel Mestre Lopes

Orientador(a): Professora Doutora Mónica Taveira Pires

Número do candidato: 20080007

Abril de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Agradeço à instituição particular de solidariedade social que me recebeu, acolheu e integrou, permitindo-me a realização deste estágio académico; à Universidade Autónoma de Lisboa, assim como a todos professores, que me acolheram e permitiram que pudesse demonstrar a vontade de aprender e de aportar valor em todos os momentos que convivi entre vós. O caminho académico que percorri, que fui solidificando ano após ano, permitiu que tomasse a consciência da construção da pessoa distinta em que me fui tornando e que incorpora no seu ser, no seu sentir, o olhar humanista que é essencial no desenvolvimento deste novo caminho profissional que pretendo abraçar, que é ser psicólogo.

À minha orientadora de local de estágio que, sempre incansável, me acompanhou e orientou durante todo o estágio académico na instituição em que é presidente e a todos os utentes que tive o privilégio de seguir.

Agradeço à Professora Doutora Mónica Pires por todos os ensinamentos que me deu na construção do presente relatório, e que foram muitos. À Professora Doutora Madalena Mascarenhas que sempre se manifestou disponível, que prontamente me devolvia as propostas de revisão do presente relatório e que com uma visão arguta e clara, me foi esclarecendo. Uma vez mais obrigado pela sua disponibilidade.

A uma madrinha académica que desde o primeiro dia me acompanha e muito me tem ajudado, sem ela este caminho teria sido muito mais difícil, todo o tempo que lhe consumi e todos os ensinamentos que me deu foram de suma importância e valor.

Aos meus filhos, pois nem sempre consegui acompanhá-los como queria e como eles necessitavam, tentei fazer o melhor, mas acho que nem sempre foi o suficiente.

A todos aqueles que, sem exceção, tiveram uma palavra amiga e motivadora para que conseguisse transpor os muitos obstáculos que a academia exige, a vossa sabedoria e compreensão tiveram um efeito muito importante e motivador em mim.

À minha esposa, à mulher extraordinária que lado a lado, ombro a ombro fez este caminho comigo, que se manifestou sempre incondicionalmente disponível para que eu conseguisse superar todos os elementos avaliativos que a licenciatura e o mestrado exigiram, sem o seu apoio, sem ela eu não estaria aqui e não teria conseguido suprir os momentos difíceis e exigentes propostos durante estes 5 anos académicos, sem ela eu não seria quem sou.

A todos o meu profundo e humilde “Muito obrigado!”.

Resumo

As pessoas com doença mental grave ou persistente frequentemente necessitam de apoio para a sua reintegração na vida ativa em sociedade, principalmente quando não têm suporte familiar, e este apoio surge muitas vezes com a frequência de uma Residência de Suporte à Autonomia (RSA). Este trabalho foi desenvolvido como parte do estágio curricular de mestrado que decorreu, num total de 407 horas, numa instituição de solidariedade social vocacionada para a integração na sociedade da pessoa, com várias RSA. O papel do psicólogo clínico neste contexto deve centrar-se no desenvolvimento de competências sociais, em termos de autonomia, relacionamento, comunicação, dos utentes, para os proteger da exclusão social e promover a sua reabilitação e integração social. O modelo de inspiração teórico que contribuiu para a construção deste relatório foi a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), abordagem humanista, sendo a sua execução centrada no acompanhamento do indivíduo. A intervenção foi realizada essencialmente em duas vertentes: acompanhamento do dia a dia de um grupo de utentes residentes na instituição, e acompanhamento psicológico individual de dois utentes, a pedido do estagiário, incluindo avaliação psicológica. Este acompanhamento psicológico individual levou a mudanças nos comportamentos dos utentes, resultando num aumento de autoestima dos mesmos e em melhor aceitação destes por parte dos outros utentes, o que nos permite concluir que há vantagens desta intervenção neste tipo de instituições, e que seria desejável este serviço ser mais amplamente realizado para que os utentes tenham mais sucesso na sua reintegração social.

“Palavras-chave”: Doença mental, Residência de Suporte à Autonomia, Integração social, Abordagem Centrada na Pessoa.

Abstract

People with serious or persistent mental illness often need support to be reintegrated into active life in society, especially when they do not have family support, and this support often comes with attending an Autonomy Support Residence (ASR). This work was developed as part of the master's curricular internship that took place, for a total of 407 hours, in a social solidarity institution dedicated to the integration of people into society, with several ASR. The role of the clinical psychologist in this context must focus on the development of social skills, in terms of autonomy, relationships, communication, of patients, to protect them from social exclusion and promote their rehabilitation and social integration. The theoretical inspiration model that contributed to the construction of this report was the Person-Centered Approach (ACP), a humanistic approach, with its implementation centered on monitoring the individual. The intervention was carried out essentially in two aspects: daily monitoring of a group of patients residing in the institution, and individual psychological monitoring of two patients, at the request of the intern, including psychological assessment. This individual psychological support led to changes in patients' behaviors, resulting in an increase of self-esteem and better acceptance of them by other users, which allows us to conclude that there are advantages of this intervention in this type of institutions, and that it would be desirable for this service to be carried out more widely for that patients are more successful in their social reintegration.

“Keywords”: Mental illness, Social integration, Person-Centered Approach

Índice

Introdução.....	8
-----------------	---

I Parte -

Enquadramento teórico.....	12
1.1.Saúde mental em Portugal	13
1.2.Doenças mentais crónicas e degenerativas	15
1.2.1 Doenças mentais em Portugal.....	17
1.2.2 Perturbação psicótica e esquizofrenia	18
1.2.3 Perturbação bipolar.....	22
1.3.Psicologia Clínica no Contexto de Intervenção.....	24
1.4.Prática Clínica.....	28
1.4.1. Abordagem Centrada na Pessoa.....	29
1.4.2. Avaliação Psicológica.....	31
1.4.2.1. Matrizes Progressivas de Raven.....	32
1.4.2.2. Questionário de Análise Clínica (CAQ).....	33
1.4.3. Promoção da Integração Social do Doente Mental.....	33

II Parte

Trabalho de Estágio.....	35
2.1 Objetivos.....	36
2.2 Atividades de Estágio.....	37
2.2.1. Prática clínica.....	37
2.2.2. Intervenção psicológica.....	40
Caso.1.....	40
Caso 2.....	49

III Parte - Discussão.....

3.1. Caso 1 - JP.....	62
3.2. Caso 2 - JG.....	64
3.3. Prática Clínica.....	66

IV Parte - Conclusão.....	69
4.1. Intervenção Psicológica.....	70
4.2. Objetivos do Estágio	71
Referências Bibliográficas.....	74

“Que o cliente perceba ao menos num grau mínimo, a aceitação e empatia que o terapeuta experiencia por ele.”

Rogers, 1957

Introdução

O presente Relatório de Estágio pretende refletir o trabalho de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento a Universidade Autónoma de Lisboa, realizado num fórum sócio ocupacional e numa Residência de Suporte à Autonomia para a reabilitação e inclusão social da pessoa com doença mental, numa mesma Instituição, durante 7 meses e meio, no ano letivo de 2022-2023, perfazendo um total de 407 horas de estágio.

A definição da Saúde Mental pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001), configura-se como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de reconhecer suas competências, enfrentar os desafios tensionais da vida, manter produtividade e contribuir para a sociedade. A abrangência da doença mental engloba problemas de saúde mental, reações prejudicadas por ansiedade, sintomas e diagnósticos de distúrbios mentais, conforme estabelecido pela 10.^a revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (WHO, 2013), tal como destacado pela Comissão Europeia (2005).

A categorização das doenças mentais pode ser realizada em cinco grandes grupos, abrangendo distúrbios mentais comuns, a exemplo da depressão; distúrbios mentais graves, como esquizofrenia e perturbações bipolares; distúrbios alimentares, incluindo a anorexia nervosa; distúrbios de personalidade; e demências, englobando condições como o *Alzheimer* (Petrea & McCulloch, 2013).

Quanto à prevalência, nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), estima-se que aproximadamente 5% da população ativa seja afetada por perturbações mentais graves, enquanto mais de 15% é impactado por distúrbios mentais comuns.

No local de estágio, os utentes têm diagnóstico de perturbação mental grave, maioritariamente de esquizofrenia e perturbação bipolar. Em termos globais a esquizofrenia é uma doença que afeta cerca de 1% da população ("Dia Mundial da Pessoa com Esquizofrenia - Saúde Mental", 2022). Estima-se que em Portugal, em 2015, existissem cerca de 48 mil doentes com esquizofrenia; destes, cerca de 41 mil doentes são seguidos em sistemas de saúde público e privado. A esquizofrenia é uma doença de elevado impacto social no nosso país, pela morbilidade que gera e também pelos elevados custos que tem para os serviços de saúde

(Gouveia et al., 2017). No caso da perturbação bipolar, esta afeta 2% da população mundial, mas se incluirmos as doenças do espectro bipolar esta percentagem pode chegar a 4% ou mesmo 12% da população global. Em Portugal, são cerca de 200 mil os casos reportados e diagnosticados.

A abordagem da saúde mental e sua prevenção assumem significativa relevância quando se considera a busca pela sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde. Problemas de saúde mental incorrem em custos diretos e indiretos que podem ultrapassar os 4% do Produto Interno Bruto (PIB) nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Custos diretos compreendem despesas médicas e custos sociais associados a cuidados continuados de longo termo, e é importante notar que tais problemas não apenas aumentam a complexidade do tratamento de outras doenças, mas também acarretam custos adicionais (OCDE, 2014). Os custos indiretos, ou de produtividade, incluem a produção perdida devido à doença, morte prematura e o tempo de lazer sacrificado por familiares e amigos no acompanhamento dos doentes (Barros, 2009).

Dada a relevância da temática, várias organizações europeias e internacionais desenvolveram programas e iniciativas para abordar a saúde mental em geral, ou questões específicas, como suicídio ou comportamentos aditivos. Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), estabelecido em 2012 pelo Despacho de 3 de janeiro do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foi identificado como um programa prioritário pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2001, estabeleceu parâmetros na área da saúde mental a incentivar a substituição de hospitais psiquiátricos por soluções na comunidade, desde que alternativas adequadas estejam disponíveis. O PNSM 2007-2016, alinhado com esses princípios, visa promover a descentralização dos serviços de saúde mental para proporcionar cuidados mais próximos das pessoas, e integrar esses cuidados no sistema geral de saúde, reduzindo a institucionalização.

O tratamento baseado na comunidade, conforme preconizado pela OMS no seu Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001), demonstra impacto positivo nos resultados e na qualidade de vida de pessoas com doença mental grave, que superam os benefícios do tratamento institucional. A abordagem comunitária envolve mobilizar os recursos disponíveis, a intervenção precoce e a redução do estigma.

O modelo de Saúde Mental Comunitária, proposto pela OMS, visa manter os pacientes nas suas comunidades, dando prioridade à integração nos contextos comunitários em

detrimento das estruturas ou serviços especializados. Este modelo, baseado nos princípios da saúde mental comunitária, destaca a importância das redes de suporte, grupos de ajuda mútua e participação em diversos contextos para facilitar o processo de recuperação (Ornelas, 2005). Segundo Fazenda (2008, p. 99), "o *recovery* é um processo pessoal de mudança de atitudes, sentimentos e valores, papéis e competências para levar uma vida satisfatória, útil e com esperança", não alterando a presença da perturbação mental, mas transformando a abordagem e o enfrentar dessa realidade.

Os cuidados de saúde mental na comunidade, ao atenderem às realidades biopsicossociais, podem ser mais humanos e terapêuticos do que os cuidados hospitalares, desde que estejam estruturados de maneira a proporcionar respostas diferenciadas às diversas problemáticas apresentadas pela população (Leff, 2000). Foi neste contexto que se desenrolou o meu estágio.

O estágio foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), nas instalações localizadas na Área Metropolitana de Lisboa, entre 17 de outubro de 2022 e 2 de junho de 2023. A definição de IPSS, segundo a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS 2017), caracteriza-se por ser uma organização desenvolvida por iniciativa unicamente privada, sem a obtenção de fins lucrativos; tem por objetivo desenvolver atividades que potenciem a igualdade, a justiça e a solidariedade social, respondendo para isso a fenómenos de emergência social, apoiando a população mais frágil e desfavorecida que se encontra sob proteção do governo da República Portuguesa mediante o Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de Novembro (DR 2014).

E assim é a instituição do estágio onde estive presente que, há quase 30 anos, respeitando o acima exposto, desenvolve respostas mediante uma equipa multidisciplinar composta por psicólogos, psicopedagogos, assistentes sociais, técnicos de motricidade humana, animadores socioculturais e trabalhadores auxiliares, em comum com a comunidade, que visam a integração na sociedade da pessoa que tem doença mental grave ou persistente. Integração essa que se pretende inclusiva e capaz de permitir a esta população uma proteção e apoio ao risco de exclusão, permitindo a sua reabilitação e integração social, que se deseja possível de aceitar o contexto biopsicossocial e noético de todos os seus utentes.

A instituição de estágio é composta por quatro unidades de vida que recebem pessoas com doença mental clinicamente estável, três residências são de apoio protegido e uma residência autónoma de saúde mental, onde os utentes se inserem mediante o seu grau de autonomia. Dispõe também de dois fóruns sócio ocupacionais, onde são realizadas atividades

que estimulam a autonomia do próprio e do relacionamento interpessoal, com o objetivo de promover a sua reinserção sócio familiar e profissional recorrendo a programas de formação e/ou emprego normal ou protegido, e a integração em estruturas residenciais adequadas, e estruturas de apoio domiciliário; este espaço proporciona o desenvolvimento das capacidades remanescentes da pessoa, de modo a conseguir alguma integração social ativa através de atividades que contribuem para o equilíbrio mental e a valorização pessoal. Tem ainda duas residências de suporte de autonomia, e três respostas habitacionais para pessoas em situação de sem abrigo com base no modelo *housing first*.

Estas estruturas visam melhorar a qualidade de vida dos elementos que nela habitam, articulando entre si estratégias psicossociais e psicoeducacionais que lhes favoreçam a construção do bem-estar em comum; o seu estreitamento da relação familiar; e finalmente a sua reabilitação.

A população abrangida por esta instituição é constituída por pessoas adultas com doença mental grave e persistente que resulta em incapacidade psicossocial, em situação de desvantagem, transitória ou permanente, por doença psiquiátrica grave estabilizada. Atualmente os seus utentes consistem em 69% do sexo masculino (48 utentes) e 31% do sexo feminino (22 utentes), com o total de 70 utentes entre as residências e os fóruns sócio ocupacionais. Os utentes têm idade entre os 23 e os 83 anos de idade, com uma média de 51 anos de idade (desvio padrão $\cong 12$). As patologias mais comumente encontradas nesta instituição são a esquizofrenia e a bipolaridade.

O modelo de inspiração teórico que contribuiu para a construção deste relatório foi a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) sendo a sua execução centrada no acompanhamento do indivíduo.

Neste relatório irei começar por uma abordagem mais teórica sobre a intervenção do psicólogo clínico em geral e na instituição, e sobre as problemáticas mais comuns que se podem encontrar nos utentes da instituição de estágio. Na segunda parte do relatório irei abordar em maior detalhe o trabalho do estágio, incluindo os objetivos, as necessidades dos utentes, e as atividades que desenvolvi ao longo do estágio.

I PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Saúde mental em Portugal

A partir de 1960 teve início em Portugal um movimento de desinvestimento da medicação antipsicótica com enfoque ideológico de tratamento na comunidade, que originou a implementação da política de desinstitucionalização do doente mental, a construção deste novo paradigma teve o forte contributo dos profissionais de saúde mental que não só redefiniram um novo processo de tratamento terapêutico no indivíduo, que inclui o seu realojamento na comunidade, promovendo a sua reabilitação também mediante a inclusão social (Teixeira et al., 2009).

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNE 2007 citado por Teixeira et al., 2009) refere que o processo de reabilitação tem por objetivo a capacitação da pessoa disfuncional que se pretende atingir o seu nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num contexto de menor restrição possível. De acordo com Allot et al. (2002, citado por Teixeira et al., 2009), o apoio ao desenvolvimento pessoal a esta população, tem especial enfoque na construção da sua própria auto-estima e da sua identidade, procurando o preenchimento de um papel na sociedade, essencial no processo de recuperação do indivíduo (*Recovery*). O *recovery* é o processo de reordenação e reconstrução de recursos que o indivíduo possui, que o podem ajudar no desenvolvimento de estratégias de *coping* que possam promover a sua capacitação (Crowe et al., 2006, citado por Teixeira et al., 2009). Anthony (1993 citado por Teixeira et al., 2009) “definiu *recovery* como um processo único, profundamente pessoal, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e papéis, envolvendo o desenvolvimento de novos significados e objetivos de vida, enquanto um processo de crescimento que vai além dos efeitos catastróficos da doença mental”.

A saúde mental em Portugal tem ao longo do tempo vindo a receber cada vez mais a atenção que merece, a importância que adquire resulta da necessidade de dar voz e expressão ao drama social que este tema representa. Atualmente, segundo o Governo da República Portuguesa (2022) pela voz do seu ministro da Saúde, Dr. Manuel Pizarro afirma que está em desenvolvimento um plano de revisão da atual lei de saúde mental, na sua essência o XXIII governo da República Portuguesa pretende aproximar o País ao cumprimento de um conjunto das melhores práticas que permitam garantir a defesa dos direitos humanos dos sujeitos que sofrem de doença mental, apoiando-se para isso no melhor que a ciência dispõe. Para a materialização deste objetivo garantiu que existe disponível uma verba no orçamento geral do estado e um plano de investimento orçado em 88 Milhões de Euros para este efeito. Refere ainda que, passados 20 anos, urge atualizar de forma robusta uma resposta a esta população.

Essa resposta passa por tornar disponíveis até 2026 mais 1500 lugares nos cuidados continuados, através da criação de novos 15 centros de responsabilidade integrada e a remodelação de outros 20 serviços locais de saúde mental, já em execução. Disse ainda que, no sentido de reforçar as necessidades das equipas de saúde mental comunitária, serão criadas 40 novas equipas.

Durante a última década, estudos realizados nos países ocidentais e industrializados revelaram que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com doença mental, são a principal causa de incapacidade e de morte prematura. Portugal é um dos países da Europa que tem uma muito elevada taxa de prevalência de doenças mentais, onde apenas uma pequena percentagem da população tem acesso a cuidados de saúde mental, e dos que acedem a estes cuidados nem todos usufruem de modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), que são de extrema importância (DGS, 2017).

Segundo a DGS (2017), a Organização Mundial de Saúde refere que Portugal se encontra pouco alinhado com a Europa no que concerne às políticas e serviços de saúde mental operadas no nosso País, e que unicamente mediante mudanças profundas e estruturais é que poderemos voltar a estar novamente a par daquilo que ocorre noutros países Europeus. Face a esta realidade, Portugal assumiu atingir um conjunto de medidas até 2020 no sentido de reverter esta tendência. A saber: promover um incremento em 25% no registo das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários; minorar e reverter a tendência da prescrição farmacológica de benzodiazepinas; promover a oferta de 1500 lugares para adultos e 500 para crianças/adolescentes nos cuidados continuados integrados de saúde mental; incrementar em 30% o número de ações que incluam programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, desenvolvidos pelo plano nacional de saúde mental DGS (2017).

A saúde mental está fortemente associada ao bem-estar dos indivíduos, e as perturbações mentais são, das doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, sendo a principal razão da perda de um terço dos anos potenciais de vida das pessoas que sofrem de doença mental (DL n.º113/2021). Segundo o decreto lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9 %, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60 % destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental. Especificamente, a depressão afeta 10 % dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por quase 15 000 anos potenciais de vida perdidos.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, estabelece que os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a

sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade (DL nº113/2021).

A lei 36/98 de 24 de julho que versa sobre a saúde mental, refere no artigo 3.º, que a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu espaço físico habitual (contexto ecológico) e a facilitar a sua reabilitação e inserção social. No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades próprias para o efeito no sentido de potenciar a sua reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes (DL nº36/1998).

Segundo a WHO (2022), a doença mental é a principal causa de incapacidade no mundo, sendo responsável por um em cada seis anos vividos com incapacidade. A população que sofre de doença mental tem uma esperança média de vida inferior à restante população de 10 a 20 anos. Torna-se necessário proteger esta população do estigma, da discriminação e das violações de direitos humanos que esta população sofre. Em todos os países do mundo são as pessoas com menos recursos e as mais desfavorecidas que estão menos propensas a receber o apoio que necessitam, e isso também se reflete na população que sofre com problemas de saúde mental.

1.2. Doenças mentais crónicas e degenerativas

A Classificação Internacional de Doenças (ICD 11), no seu capítulo 6, apresenta 162 categorias que englobam e descrevem o que são as perturbações mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento; estas são perturbações que afetam o comportamento e o desenvolvimento neurológico no indivíduo, que podem manifestar-se mediante uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento, que se expressam através do funcionamento mental e comportamental da pessoa. Esta disfuncionalidade está maioritariamente associada a um impacto significativo nas áreas pessoal, familiar, social, educacional ou ocupacional do funcionamento do indivíduo (ICD-11, 2022).

Torna-se igualmente importante definir que a utilização dos termos perturbação ou transtorno têm o mesmo significado e que, independentemente da sua origem, identificam a manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo; que pode comprometer a sua qualidade de vida através de sofrimento ou incapacitação, podendo,

até no limite, a pessoa atentar à sua própria existência. A expressão física da perturbação que o indivíduo manifesta, é-nos apresentada através do sintoma, este é a sua manifestação material e comportamental ou psicológica, que é reveladora daquilo que o indivíduo sente (Cunha et al., 2007).

A doença mental grave em todo o mundo afeta cerca de 450 milhões de pessoas, representando elevados custos sociais e humanos para a sociedade. Quem sofre de doença mental grave exerce um esforço permanente de luta entre: os sintomas, que interferem na autonomia, independência e qualidade de vida; e o estigma social. A sociedade discrimina negativamente, segrega e isola esta população dispondo de uma muito débil oferta de oportunidades, seja para o trabalho, seja para a sua vida independente. A pessoa que sofre de estigma, internaliza essa visão estigmatizante e discriminatória, dando origem ao denominado auto estigma que compromete a sua autoestima, aumenta a sua incapacitação e oferece-lhe menos resistência ao stress; o estigma é a maior barreira à recuperação e reabilitação do indivíduo. O auto-estigma resulta de um processo de transformação no qual a pessoa que experiencia uma doença mental deixa de desempenhar os seus papéis sociais, e passa a adotar uma visão passiva e de auto-desvalorização (Brohan et al., 2011; Yanos et al., 2008). A sociedade identifica-o como perigoso, preguiçoso, incompetente para o trabalho, que não consegue cumprir as obrigações sociais que ser um membro de uma família exige (Rocha et al., 2015).

Urge compreender a saúde mental e romper determinantes culturais, sociais e históricos, é um dever capacitar a sociedade, com literacia, através da ciência psicológica, mediante a pluralidade de informação sobre a doença. Só com este envolvimento global é que a pessoa que sofre de doença mental pode ter a aceitação e o respeito que merece, e ser integrada como elemento participante da sociedade (Rocha et al., 2015).

1.2.1. Doenças mentais em Portugal

Com base em dados de 2010, as doenças mentais representam a quarta principal causa de perda de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) em Portugal. Atualmente, ao incorporar no grupo das doenças mentais as demências, depressões e perturbações ansiosas, observamos que as questões relacionadas com a saúde mental ocupam uma posição de destaque, possivelmente alcançando o terceiro lugar, ou até mesmo o segundo, se considerarmos os problemas relacionados com o consumo de álcool e a mortalidade associada a essa substância.

O estudo epidemiológico mais recente sobre a saúde mental dos Portugueses, realizado em 2013, destaca que as perturbações mentais, apesar de terem uma mortalidade relativamente baixa (3% a 4% do total de óbitos anuais), apresentam alta prevalência e geram incapacidade. Portugal revela uma prevalência de 23% de perturbações psiquiátricas, sendo a perturbação depressiva *major* a mais predominante, afetando 6,8% da população. Estes números são preocupantes, indicando uma possível subnotificação de casos não diagnosticados e, consequentemente, não tratados adequadamente, além de uma prescrição excessiva e prolongada de ansiolíticos (Costa, 2020).

Em relação às doenças mentais, estudos indicam uma relação entre elevados níveis de stresse psicológico, o desenvolvimento de doenças cardíacas e vasculares, e o risco de hipertensão arterial. O stresse psicológico continuado está associado a um envelhecimento vascular precoce, como evidenciado em jovens soldados mortos em combate. No contexto da mortalidade relacionada com doenças psiquiátricas, a maioria das mortes está associada a demências, especialmente em idosos, com os suicídios representando uma pequena proporção. Em 2018, a taxa de suicídios foi de 10 mortes por 100.000 habitantes, com Portugal apresentando um padrão especial de mortes por suicídio, concentrado nos mais velhos e na região do Alentejo. Esta distribuição destaca a necessidade de medidas preventivas contra o isolamento social e o abandono (Costa, 2020).

As demências estão em ascensão em Portugal, impulsionadas pelo envelhecimento populacional. Estima-se que entre 150.000 e 200.000 pessoas no país sejam afetadas por demências, com um aumento de 95% nos registos de doentes nos cuidados primários de 2011 a 2016. A demência de *Alzheimer*, representando até 70% de todos os casos de demência, é agora a quarta principal causa de morte precoce em Portugal. Em termos de DALYs, a demência de *Alzheimer* ocupa o quinto lugar, evidenciando o seu significativo impacto. O consumo de álcool, por outro lado, emerge como uma questão crítica, associado a diversas doenças e à morte prematura. A ingestão média anual de álcool em Portugal em 2017 foi de 10,7 litros por adulto, classificando o país como o 11º maior consumidor entre os países da OCDE. Cerca de metade das mortes relacionadas com o álcool ocorreram em pessoas com menos de 65 anos, e o álcool tem sido diretamente responsável por cerca de 2.500 mortes anuais em Portugal. Dados de 2019 indicam que o álcool está ligado a quase 20.000 anos potenciais de vida perdidos. Em 2017, 170 mortes resultaram de acidentes de trânsito relacionados com o álcool, com 66% das vítimas apresentando uma taxa de álcool no sangue muito acima dos limites permitidos (Costa, 2020).

O uso indiscriminado de benzodiazepinas, além de ser potencialmente aditivo, contribui para a deterioração cognitiva. O aumento do consumo de antidepressivos, por outro lado, pode

ser interpretado como uma resposta a uma maior atenção médica, ou refletir os altos níveis de depressão clínica em Portugal. Observa-se também um aumento no uso de medicamentos que afetam o sistema nervoso central entre adolescentes e jovens adultos desde o início do século XXI, muitas vezes sem prescrição médica. O cuidado da saúde mental na comunidade é percebido como mais humano e terapêutico do que o tratamento institucional, destacando-se a importância de intervenções sistêmicas e preventivas em vários níveis, incluindo escolas, locais de trabalho e cidades (Costa, 2020).

As perturbações mentais, comportamentais e do neuro desenvolvimento representam síndromes caracterizadas por perturbações clinicamente significativas na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo, refletindo disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento fundamentais para o funcionamento mental e comportamental. Estes distúrbios são frequentemente correlacionados com sofrimento ou prejuízo no desempenho pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas cruciais (ICD-11, 2022).

Uma vez que os casos seguidos durante o estágio se focam na perturbação psicótica, esquizofrenia e perturbação bipolar, irei focar a minha atenção nestas.

1.2.2. Perturbação psicótica e esquizofrenia

“A esquizofrenia é uma perturbação caracterizada por disfunções em diversas modalidades mentais, tais como pensamento (por exemplo, delírios, desorganização no pensamento), percepção (por exemplo, alucinações), auto experiência (por exemplo, a sensação de que sentimentos, impulsos, pensamentos ou comportamentos estão sob o controlo de uma força externa), cognição (por exemplo, atenção prejudicada, memória verbal e cognição social), volição (por exemplo, perda de motivação), afeto (por exemplo, expressão emocional embotada) e comportamento (por exemplo, respostas emocionais bizarras, imprevisíveis ou inadequadas, que interferem na organização do comportamento). Também podem ocorrer distúrbios psicomotores, incluindo catatonia”. São considerados sintomas centrais a persistência de delírios, alucinações, alteração do pensamento e experiências de influência, passividade ou controlo, devendo esses sintomas perdurar por pelo menos um mês para o diagnóstico de esquizofrenia. Importante destacar que esses sintomas não são atribuíveis a outras condições de saúde ou ao efeito de substâncias ou medicamentos no sistema nervoso central, incluindo abstinência de álcool, para contribuírem para o diagnóstico de esquizofrenia (ICD-11, 2022).

Segundo Correia (2013) os sintomas da esquizofrenia são classificados como positivos (alucinações e delírios); negativos (diminuição ou perda das funções normais e de afeto); desorganizados (perturbações de pensamento e comportamento bizarro); cognitivos (déficits de memória, no processamento de informações e na resolução de problemas).

O estadio de desenvolvimento da esquizofrenia é composto pelas seguintes fases: na fase prodrômica, podem não ser manifestados sintomas mesmo que a sua competência social esteja prejudicada, manifestam desorganização cognitiva ligeira ou distorção perceptiva, assim como anedonia (impossibilidade de sentir prazer); na fase prodrômica avançada é comum o surgimento de sintomas subclínicos onde se verifica o “afastamento ou isolamento, irritabilidade, desconfiança, distorções perceptivas e desorganização. A ocorrência do quadro de esquizofrenia (delírios e alucinações) pode ser súbito (dias ou semanas) ou lento e insidioso (ao longo de anos); na fase precoce da psicose os sintomas são mais ativos e severos; na fase intermédia, os episódios sintomáticos podem ter uma frequência esporádica ou continuada, sendo que os déficits funcionais têm tendência a piorar; na fase tardia da perturbação, a última, o padrão do perturbação pode ser estabelecido, existindo uma variabilidade considerável, onde a incapacidade experienciada pelo indivíduo pode estabilizar ou até diminuir” (WHO, 2022).

A esquizofrenia, frequentemente considerada uma das perturbações mentais mais graves, é associada a taxas de mortalidade muito elevadas. Indivíduos com esquizofrenia têm uma expectativa de vida excecionalmente curta, com uma média de aproximadamente 20 anos a menos que a população em geral. Evidências indicam que essas pessoas podem não ter experienciado o mesmo aumento na expectativa de vida observado na população em geral nas últimas décadas. Portanto, a disparidade na mortalidade não apenas persiste, mas pode até ter aumentado (Laursen et al., 2014). Quais os motivos para a maior mortalidade em pessoas com esquizofrenia? Um estudo recente identifica quatro razões principais (Laursen et al., 2012): as doenças físicas nesses indivíduos são comuns, mas são diagnosticadas tardiamente e tratadas de maneira insuficiente; os medicamentos antipsicóticos podem ter efeitos colaterais negativos; as pessoas com esquizofrenia tendem a ter um estilo de vida pouco saudável (má alimentação, tabagismo, consumo excessivo de álcool e falta de exercício); o risco de suicídio e acidentes entre indivíduos com esquizofrenia é elevado.

Nos últimos anos, tem-se observado um acúmulo de evidências a sugerir que fatores ambientais desempenham um papel significativo na etiopatogénese da esquizofrenia. Há a contribuição de fatores de risco ambientais que atuam durante a vida fetal e perinatal; que incluem infecções (por exemplo, rubéola, influenza, toxoplasma gondii, herpes simplex vírus tipo 2), deficiências nutricionais (por exemplo, fome, ácido fólico, ferro, vitamina D), idade

paterna, insultos e complicações hipóxicas fetais/neonatais, stresse materno e outras exposições (por exemplo, a chumbo, incompatibilidade Rh, stresse materno). Outros determinantes de neuro desenvolvimento, incluindo canabinóides, estatuto socioeconómico, trauma e infeções durante a infância e adolescência. Modelos animais fornecem evidências que sugerem que essas exposições causam fenótipos cerebrais e comportamentais análogos aos observados em sujeitos com esquizofrenia (Brown, 2011).

A esquizofrenia tem uma predisposição genética e apresenta variações significativas na incidência, com a urbanização, sexo masculino e histórico de migração associados a um maior risco de desenvolver a doença. Fatores genéticos e interações gene-ambiente contribuem juntos com mais de 80% da suscetibilidade para o desenvolvimento da esquizofrenia, e várias regiões cromossómicas e genes foram associados ao risco de desenvolver a doença. No entanto, apesar da intensa pesquisa e avanços espetaculares em biologia molecular, nenhuma variação genética única foi consistentemente associada a uma maior probabilidade de desenvolver a doença, e a natureza precisa da contribuição genética que permanece obscura. Fatores ambientais ligados a uma maior probabilidade de desenvolver esquizofrenia incluem o consumo de canabinóides, infeção ou desnutrição pré-natal, complicações perinatais e histórico de nascimento no inverno; a relevância exata ou natureza dessas contribuições, no entanto, não está clara. Como os vários fatores genéticos e ambientais interagem para causar a esquizofrenia, e por meio de quais mecanismos neurobiológicos precisos eles medeiam esse efeito, ainda não é compreendido. Heterogeneidade etiológica, padrões complexos de interação gene-gene e gene-ambiente e fisiopatologia da esquizofrenia inadequadamente elucidada estão entre as explicações invocadas para a nossa compreensão inadequada da etiopatogénese da esquizofrenia (Tandon et al., 2008).

Os objetivos no tratamento da esquizofrenia incluem o direcionamento dos sintomas, prevenção de recaídas e aumento do funcionamento adaptativo para que o indivíduo possa ser reintegrado na comunidade. Uma vez que os pacientes raramente regressam ao seu nível basal de funcionamento adaptativo, tanto tratamentos não farmacológicos quanto farmacológicos devem ser utilizados para otimizar os resultados a longo prazo. A farmacoterapia é a principal abordagem na manutenção da esquizofrenia, mas sintomas residuais podem persistir. Por esse motivo, tratamentos não farmacológicos, como a psicoterapia, também são importantes. A psicoterapia é uma área terapêutica em constante evolução. Terapias psicológicas emergentes incluem treino metacognitivo, terapias narrativas e terapia de *mindfulness*. As estratégias de intervenção psicoterapêutica, independentemente do enfoque terapêutico adotado, podem ser aplicadas tanto de forma individual quanto em grupo. Tanto as intervenções psicoeducativas

individuais quanto em grupo desempenham um papel importante na compreensão da condição clínica por parte dos pacientes ou familiares, além de contribuírem para a adesão ao tratamento medicamentoso, gestão e prevenção de crises, e desenvolvimento de competências psicossociais. Quando combinadas, estas abordagens tendem a potencializar a sua eficácia. Os tratamentos não farmacológicos devem ser utilizados como complemento aos medicamentos, não como substitutos. Além de preencher lacunas nos tratamentos farmacológicos, as terapias não farmacológicas podem ajudar a garantir que os pacientes permaneçam aderentes à sua medicação. As taxas de não aderência na esquizofrenia variam de 37% a 74%, dependendo do relatório. Indivíduos com perturbações mentais tendem a ser menos aderentes por várias razões. Eles podem negar a doença; podem experimentar efeitos adversos que os dissuadem de tomar mais medicamentos; podem não perceber a necessidade de medicação; ou podem ter sintomas grandiosos ou paranóicos. Pacientes com esquizofrenia que interrompem a medicação apresentam maior risco de recaída, o que pode levar à hospitalização. Portanto, é importante manter os pacientes informados sobre a sua doença e sobre os riscos e eficácia do tratamento. Algumas psicoterapias podem ajudar a educar os doentes sobre a importância de tomar os seus medicamentos; essas iniciativas incluem terapia cognitivo-comportamental e terapia individual. Além de se focar no paciente, programas de tratamento que incentivam o apoio familiar mostraram diminuir a re-hospitalização e melhorar o funcionamento social. Os membros da família podem aprender a monitorar o paciente e quando relatar efeitos adversos do tratamento ao clínico. A maioria das psicoterapias promove o envolvimento da família (Patel et al., 2014).

1.2.3. Perturbação bipolar

A perturbação bipolar tipo I é uma condição de humor episódico caracterizada pela presença de um ou mais episódios maníacos ou mistos. Os episódios maníacos, que duram no mínimo uma semana, são marcados por humor extremo, euforia ou irritabilidade, aumento de atividade e outros sintomas como discurso rápido, fuga de ideias, diminuição da necessidade de sono e comportamento impulsivo. Por outro lado, os episódios mistos envolvem sintomas maníacos e depressivos proeminentes que ocorrem simultaneamente ou alternam rapidamente. O diagnóstico requer a persistência desses sintomas por, pelo menos, duas semanas, a menos que sejam encurtados por intervenção terapêutica. A perturbação bipolar tipo II, por sua vez, envolve episódios hipomaníacos, e pelo menos um episódio depressivo. Os episódios hipomaníacos, caracterizados por humor elevado persistente, devem durar vários dias e ser acompanhados por aumento de atividade e outros sintomas maníacos. Os episódios depressivos

associam-se a humor deprimido, falta de interesse e outros sintomas depressivos, persistindo por pelo menos duas semanas (ICD-11, 2022).

Fatores de risco para a perturbação bipolar são numerosos, envolvendo tanto componentes genéticos como ambientais. No entanto, a atribuição de risco, a inconsistência dos resultados, a incapacidade de identificar a temporalidade da relação e a natureza inespecífica de muitos fatores dificultam a atribuição de causalidade em pacientes individuais. A gravidade da perturbação bipolar está relacionada com o abuso emocional na infância e com o consumo de canabinóides, sugerindo uma relação dose-resposta. A associação com *T. gondii* é forte, mas permanecem preocupações sobre a temporalidade. A perturbação bipolar está associada a comorbidades médicas, como asma, sugerindo uma fisiopatologia inflamatória partilhada. Outros distúrbios psiquiátricos e características clínicas anteriores ao início da perturbação bipolar podem indicar uma síndrome de risco identificável (Rowland et al., 2018).

O tratamento da perturbação bipolar é predominantemente baseado em estabilizadores de humor, como o lítio, anticonvulsivantes e psicoterapia. A severidade, frequência e incapacidade funcional variam, incluindo a presença de delírios ou episódios depressivos. Pode ser desencadeada por eventos traumáticos, stressores ou uso de substâncias como anfetaminas ou cocaína. Pessoas com perturbação bipolar têm uma propensão aumentada de suicídio, com até 15 vezes mais probabilidades de consumo do que a população geral (Sadock & Sadock, 2017).

Pesquisas recentes mostram que a comorbidade de perturbações de ansiedade não apenas é altamente prevalente na perturbação bipolar, como também impacta negativamente o seu desenvolvimento, desfecho e tratamento. Cerca da metade dos indivíduos com perturbação bipolar pode desenvolver uma perturbação de ansiedade durante a vida, e um terço manifestará uma perturbação de ansiedade em algum momento. A comorbidade de perturbações de ansiedade tem impacto negativo na apresentação, curso e tratamento da perturbação bipolar, resultando num pior desfecho e funcionalidade (Spoorthy et al., 2019).

A comorbilidade na perturbação bipolar é mais comum do que a exceção, com mais de 60% dos pacientes com perturbação bipolar a apresentar diagnóstico comorbídeo, associado a um estado misto ou disfórico, taxas elevadas de suicídio, resposta menos favorável ao lítio e desfecho geral pior. Evidências convincentes mostram que as taxas de uso de substâncias e perturbações de ansiedade são mais altas em pacientes com perturbação bipolar em comparação com a população em geral. A interação entre perturbações de ansiedade e uso de substâncias ocorre em ambos os sentidos. Além disso, a perturbação bipolar está associada à perturbação

de personalidade borderline, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e, em menor grau, ganho de peso. Como mais de 40% dos pacientes com perturbação bipolar têm perturbação de ansiedade, é indicada uma investigação sistemática destas perturbações durante o diagnóstico. Isto representa um desafio terapêutico, uma vez que agentes eficazes no tratamento de perturbações de ansiedade estão associados ao risco de indução de mania. Portanto, é crucial que o psiquiatra avalie cuidadosamente os benefícios potenciais do tratamento da ansiedade em relação ao risco de indução de episódios maníacos. Uma solução possível seria o uso de intervenções não farmacológicas, como abordagens cognitivo-comportamentais (Sasson et al., 2003).

Mesmo quase sete décadas após o trabalho de Cade (1949), sais de lítio continuam a ser a primeira escolha no tratamento das fases maníacas da perturbação bipolar e são ferramentas indispensáveis na prevenção de episódios cíclicos da perturbação afetivo bipolar. O lítio, apesar de moderadamente tóxico, é fundamental, com um perfil de toxicidade menor em comparação com outros medicamentos. A história de "toxicidade do lítio" deve ser revista, pois a taxa de mortes diretamente atribuíveis ao lítio é significativamente menor em comparação com outros medicamentos. Atualmente, existem 13 princípios ativos aprovados por agências reguladoras do medicamento para tratar diferentes fases da perturbação bipolar. Embora o tratamento da perturbação bipolar tenha começado com a descoberta dos efeitos antomaniacos do lítio, a investigação atual procura novos alvos, como fatores neurotróficos, hormona libertadora de corticotropina, aminoácidos excitatórios e receptores NMDA. A neurociência atual procura descobrir os mecanismos moleculares responsáveis pela comunicação intraneuronal (Lopez-Muñoz et al., 2018).

Como pode ser melhorado o tratamento da perturbação bipolar? Em primeiro lugar, é necessário realizar uma caracterização mais abrangente do perfil clínico, facilitada por dispositivos inovadores e novas formas de captura e análise de dados. Tais dados já estão a promover uma reavaliação do fenótipo, com ênfase na instabilidade do humor em vez de episódios clínicos discretos. Em segundo lugar, a medicina experimental pode fornecer indicações precoces do envolvimento do alvo e da resposta terapêutica, reduzindo o tempo, custo e risco envolvidos na avaliação de potenciais estabilizadores de humor. Em terceiro lugar, os dados genómicos podem informar a identificação e validação de alvos, como a crescente evidência do envolvimento de genes de canais de cálcio na perturbação bipolar. Por fim, novos métodos e modelos relevantes para a perturbação bipolar, incluindo células-tronco e ratos geneticamente modificados, estão a ser utilizados para estudar vias-chave e efeitos

medicamentosos. A combinação destas abordagens tem um potencial real para superar o impasse e proporcionar tratamentos genuinamente inovadores (Harrison et al., 2016).

1.3. Psicologia Clínica no Contexto de Intervenção

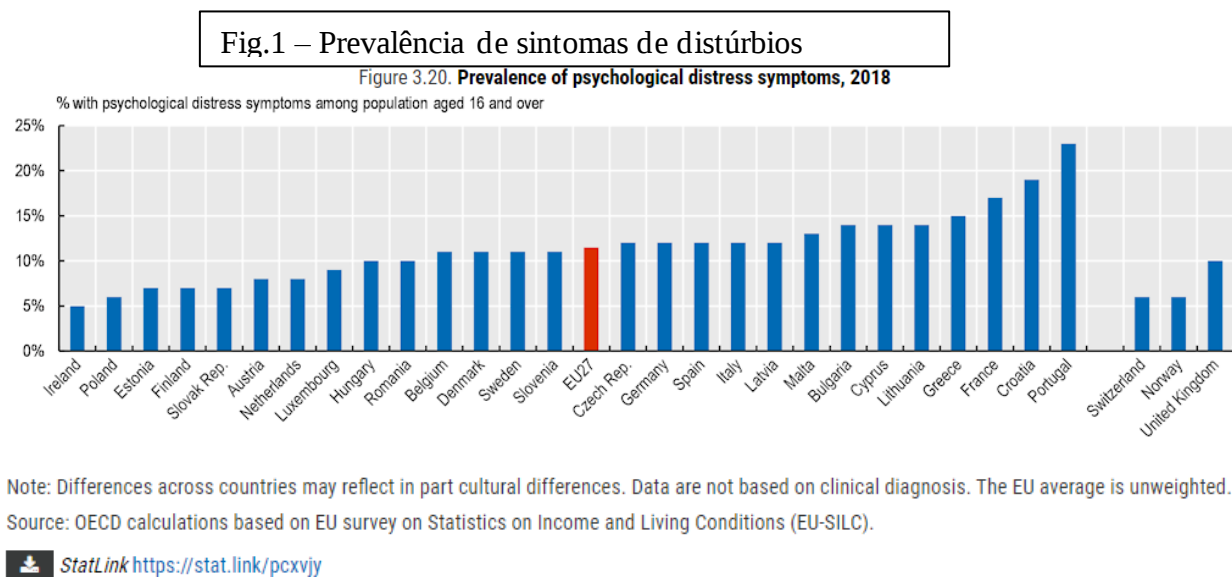
O psicólogo clínico define-se segundo a OPP (Gabinete de Estudos OPP, 2020) como um especialista atento que promove políticas de saúde capazes de aumentar o sentimento do bem-estar e subsequentemente a qualidade de vida do indivíduo e a qualidade de vida da população que acompanha. Operam, conjuntamente com o indivíduo, um conjunto de medidas que visam circunscrever ou evitar comportamentos promotores de descontrolo de doenças não transmissíveis, e que acontecem na maior parte das vezes devido a fatores comportamentais e de estilo de vida, pelo que o papel desempenhado pelo psicólogo nas áreas da prevenção ou redução destes comportamentos depende das mudanças que este consiga fazer junto da população que acompanha. Deverá intervir de forma preventiva, promocional ou remediativa no sentido de permitir devolver à população a compreensão e o conhecimento dos aspetos motivacionais e cognitivos que suportam, mantêm ou iniciam os seus comportamentos, para que o processo de mudança possa existir.

O seu papel na sociedade permite incrementar o desenvolvimento da literacia em saúde da população, fazendo com que esta adote estilos de vida saudáveis, aumentando assim a longevidade e a resiliência. Promove também no indivíduo medidas de desenvolvimento saudável, capacitando-o para a construção do bem-estar, satisfação e qualidade de vida. Com a adoção destas medidas pretende-se reduzir a taxa de mortalidade que se encontra associada às doenças transmissíveis e não transmissíveis, reduzir os fatores de risco, e aumentar os fatores de proteção, sendo a adoção destas medidas um grande objetivo para reduzir os seus impactos na população. O psicólogo é, atualmente, um elemento capacitado, com um saber adquirido capaz de dar resposta a realidades individuais e sociais; tem à sua disposição e sabe utilizar um conjunto de ferramentas que podem dar resposta às necessidades de saúde dos portugueses (Gabinete de Estudo OPP, 2020).

O psicólogo é ainda responsável pela produção da ciência psicológica: procede à recolha, análise, interpretação e comunicação de dados e informação que sustentam a sua investigação; estes resultados são apresentados entre pares que avaliam e reconhecem, através da evidência científica, a sua pertinência e cientificidade. São igualmente muito importantes pelo processo de partilha do conhecimento, não só entre outros profissionais da saúde, mas

também na formação académica que oferecem aos futuros psicólogos que todos os anos terminam nas universidades os seus mestrados (Gabinete de Estudos OPP, 2020).

A Federação Europeia de Associações de Psicólogos (EFPA, European Federation of Psychologist's Associations) refere que a partir de 2015 se verificou na Europa um aumento do número de países que têm procedido à criação de leis que regulam e definem os requisitos mínimos para a atribuição do título de psicólogo. Tal deve-se ao reconhecimento do psicólogo na promoção da saúde mental da população. Uma boa saúde mental é vital para as pessoas conseguirem ter vidas produtivas e saudáveis. Em 2018, a média de adultos (pessoas com 16 anos ou mais) que reportavam sintomas de perturbação mental era de 11%; em Portugal esta percentagem rondava os 24%, a maior da Europa, como se pode observar na fig.1. (OECD / European Union, 2020)



Em Portugal, a atividade de psicólogo é validada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), que assegura, mediante um código deontológico, um conjunto de princípios que devem orientar a boa prática da profissão e apontar quais deverão ser os valores essenciais que devem orientar a profissão do psicólogo, promovendo elevados níveis de conduta e de integridade na sua intervenção (OPP, 2016). Este documento foi promulgado na Assembleia da República Portuguesa em Diário da República, 2ª série, nº 78 de 20 de abril de 2011 (DR 2011). A construção deste tem sofrido várias atualizações, sendo esta a última versão atualizada em Diário da República 2ª Série nº 246 / 2 de dia 26 de dezembro de 2016 (DR 2016). Este código

deontológico, que tem força de lei, expressa a preocupação sobre o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, exige princípios de competência, responsabilidade, integridade, beneficência e não maleficência que deve servir de guia no exercício diário das funções exercidas pelo psicólogo (OPP, 2016).

A intervenção do psicólogo é essencial para melhorar a qualidade de vida e reintegrar na sociedade pessoas que enfrentam doenças mentais crônicas e degenerativas (Smith & Johnson, 2021). Infelizmente, essas condições muitas vezes resultam em marginalização e estigma na sociedade, especialmente no caso da esquizofrenia e outras doenças mentais graves e persistentes. No passado, essa marginalização levou ao internamento compulsivo em hospitais psiquiátricos, onde as vontades e direitos dos pacientes eram negligenciados (Thompson & Brown, 2019; Teixeira et al., 2009). No entanto, tem havido avanços significativos na forma como lidamos com essas questões atualmente, nomeadamente o desenvolvimento de unidades de resposta mais atualizadas, humanizadas e centradas no paciente, o que levou ao encerramento de muitos hospitais psiquiátricos. Essas unidades priorizam a reabilitação psicossocial e procuram promover a reintegração das pessoas na comunidade, melhorando a sua autonomia e independência (Ferreira & Bertão, 2017; Williams et al., 2018).

Nalguns países europeus, esta abordagem tem sido bem-sucedida, resultando em inúmeros casos, pacientes que tinham um historial clínico de internamentos compulsivos e prolongados, passaram a conseguir viver de forma autónoma ou semi-autónoma na comunidade. A abordagem de acompanhamento clínico, apoio residencial e vocacional tem-se mostrado altamente benéfica para melhorar a sintomatologia, independência e o estado geral do paciente (Cardoso et al., 2016; Johnson & White, 2017; Davis et al., 2016).

No entanto, em Portugal, esse processo tem sido mais desafiador devido a um sistema de saúde mental pouco dinâmico, antiquado e enraizado que, até há pouco tempo, priorizava principalmente o internamento e a consulta externa. Isso levou a desconsiderar o acompanhamento clínico abrangente e outras formas de suporte, que se têm mostrado eficazes em outros países europeus (Teixeira et al., 2009; Santos et al., 2015; Martins et al., 2014).

Em suma, a intervenção do psicólogo é crucial para mudar a abordagem em relação às doenças mentais crônicas e degenerativas, e para promover a reintegração das pessoas afetadas na sociedade. A ênfase em cuidados mais individualizados, suporte abrangente e abordagens centradas no paciente tem o potencial de melhorar significativamente a vida dessas pessoas e combater os estigmas sociais associados a essas condições (Silva & Carvalho, 2013; Oliveira & Costa, 2012).

Na instituição de estágio, considerando as valências em que concentra a sua atividade (promover a reintegração do utente adulto na sociedade, de forma ativa), o papel do psicólogo é de intervenção e de ajuda a promover as competências de viver em sociedade, nomeadamente a capacidade de autocontrolo e de autonomia. Esta atividade insere-se nos cuidados que as equipas comunitárias de saúde mental prestam. As equipas comunitárias de saúde mental são responsáveis por assegurar, de forma contínua, todas as funções necessárias de apoio à população, incluindo avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, considerando que o objetivo é a recuperação global da pessoa com doença mental (DL nº113/2021). Uma das principais conclusões do Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 é aumentar a integração em programas de reabilitação psicossocial de doentes mentais graves, para que a desinstitucionalização se faça de forma eficaz e possibilitando a integração do doente mental como cidadão ativo na sociedade (DGS, 2017), realçando assim a importância deste tipo de intervenção.

1.4. Prática Clínica

A intervenção do psicólogo clínico é de suma importância no contexto da promoção da evolução pessoal de indivíduos que enfrentam doenças mentais graves. Ao trabalhar diretamente com os utentes, o psicólogo tem como objetivo não apenas alinhar os valores da instituição, mas também a ajudá-los a alcançarem os seus objetivos pessoais, sempre procurando equilibrar as responsabilidades, colaborando com eles em vez de assumir as responsabilidades no seu lugar. É fundamental compreender que as pessoas com doença mental têm os mesmos direitos, responsabilidades e funções que qualquer outra pessoa, e o psicólogo clínico desempenha um papel crucial em capacitar esses indivíduos a enfrentar as suas patologias com resiliência e autonomia (Slade, 2011).

A formação do psicólogo clínico é especialmente adequada para lidar com as complexidades associadas às patologias mentais graves, permitindo que desenvolvam competências essenciais no trabalho com esse grupo específico de pacientes. Destacam-se como algumas dessas competências a promoção da autonomia, o fortalecimento da autoestima, o empoderamento dos indivíduos em relação aos seus relacionamentos pessoais e a capacidade de autogestão, mesmo quando sujeitos a situações de maior crise (Slade, 2011).

A prática clínica neste contexto de intervenção segue rigorosamente o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), garantindo o respeito aos

princípios éticos e às normas de conduta profissional. A supervisão é uma parte fundamental deste processo, o que proporcionou apoio e orientação durante o estágio. Na supervisão, há uma relação entre o supervisor e o supervisando que orienta a prática profissional do supervisando. O supervisor é um psicólogo experiente, e com formação específica para apoiar o futuro psicólogo que se encontra em formação. O supervisor tem também a responsabilidade pelo bem-estar dos utentes e pela privacidade e confidencialidade da informação, tal como o psicólogo e formação. O supervisor tem também o papel de avaliação do supervisando, a nível profissional, e também no cumprimento do Código Deontológico, e promover a reflexão sobre as questões éticas associadas à prática profissional do psicólogo. Desta forma, o plano de atividades inicial do estágio foi adaptado para atender às normas institucionais e às contingências emergentes, e foi-se incorporando gradualmente novas atividades que enriqueceram o trabalho de estágio e contribuíram para o alcance dos objetivos estabelecidos.

O apoio contínuo e as reuniões de supervisão foram fundamentais ao longo de todo o processo, fornecendo-me a oportunidade de refletir sobre as intervenções, aprimorar as minhas competências e enfrentar os desafios inerentes ao trabalho com indivíduos que enfrentam doenças mentais graves. Esta orientação proporcionou uma abordagem mais eficaz e embasada, garantindo o bem-estar dos utentes e promovendo um maior sucesso nos resultados da intervenção.

1.4.1. Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers, emergiu na década de 1939 quando, durante a sua prática clínica com crianças, o terapeuta observou o potencial de desenvolvimento positivo destes indivíduos (Moreira, 2010). Diferenciando-se das abordagens psicanalíticas, que frequentemente adotavam uma perspetiva cética e pessimista, a Abordagem Centrada na Pessoa sustenta-se num olhar otimista e positivo acerca da humanidade (Thorne, 2003). Segundo Rogers, todo o ser humano possui uma motivação inerente, denominada de tendência atualizante, que impulsiona o indivíduo em direção à sobrevivência, autogestão e cura (Thorne, 2003). Na abordagem centrada na pessoa, o terapeuta confia nas capacidades do cliente e respeita-o como um indivíduo capaz de encontrar as suas próprias respostas e soluções (Brodley, 1998).

O marco da não-diretividade, base da terapia não-diretiva, surgiu em 1940 com a apresentação da obra "Psicoterapia e Consulta Psicológica" numa conferência (Moreira, 2010). Em oposição às terapias psicanalíticas predominantes da época (Corey, 2012), esta abordagem

valoriza o papel do cliente como o principal guia da terapia. O terapeuta adota uma postura aceitante, humanista e atenta, permitindo ao cliente expressar-se livremente, sem imposição de objetivos pré-estabelecidos. Acredita-se que o próprio cliente é capaz de autorregular-se (Ellingham, 2011). Esta abordagem foi alvo de críticas, acusando os terapeutas de inação, levando à percepção de que estavam apenas a deixar o cliente a seguir o seu próprio curso, sem intervenção (Ramson, s.d).

Rogers desenvolveu técnicas para complementar a sua abordagem, incluindo o uso do reflexo de sentimentos (*reflections of feeling*, em português, respostas de compreensão empática), que proporciona ao cliente uma nova percepção dos sentimentos subjacentes no seu discurso, objetos externos e o seu próprio significado, tornando-se uma técnica dinâmica e reveladora (Holanda, 2009). A busca pela mudança terapêutica baseia-se em seis condições necessárias e suficientes, as quais envolvem o estabelecimento de um contato psicológico entre terapeuta e cliente, a incongruência por parte do cliente, a congruência por parte do terapeuta, o cuidado incondicional positivo, a compreensão empática e, por fim, a compreensão do cliente em relação ao cuidado incondicional positivo e à compreensão empática oferecidos pelo terapeuta (Rogers, 1957).

Esta abordagem tem as suas raízes no conceito de "*self*", central na teoria do desenvolvimento de Rogers (1951/2003), que fornece um quadro conceptual para o estudo da personalidade e da conduta. Hipólito (2011) considera a Abordagem Centrada na Pessoa como uma confiança na tendência atualizante, presente em todos os indivíduos, que os impulsiona para a constante maturação e crescimento. Essa tendência atualizante é ativada na presença das atitudes fulcrais, possibilitando ao indivíduo atualizar suas potencialidades por meio da sua própria experiência. A terapia também enfatiza que dificuldades psicológicas podem surgir quando a criança é confrontada com condições que condicionam o seu valor pessoal. Se estas condições forem opressivas, inconsistentes ou ambíguas, elas podem gerar dificuldades que persistem na idade adulta (Hipólito, 2011; Mearns, 2003).

A relação estabelecida entre terapeuta e cliente, sob as condições propostas por Rogers (1957), promove a confiança do cliente na sua capacidade de auto-organização (Hipólito, 2011). Esta abordagem adequa-se particularmente a indivíduos que enfrentam desestruturação psicossocial, como aqueles que saem de estabelecimentos prisionais ou vivem grande parte da sua vida em instituições, permitindo uma dedicação atenta à expressão do cliente, sem impor julgamentos ou significados pessoais ao seu discurso (Rogers, 1957). De referir também o contributo de Prouty ao desenvolver a Pré-Terapia: como se realiza a condição de “Contacto Psicológico” de Rogers (1957), em três partes. O estabelecimento do contacto psicológico passa

por reformulações de contacto, funções de contacto, e comportamentos de contacto, facilitando assim a comunicação entre o terapeuta e o paciente, podendo levar a alteração do comportamento e/ou início do processo terapêutico.

1.4.2. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um dos pilares fundamentais do ensino da psicologia, pois constitui um método complexo com o propósito de responder a questões específicas sobre o funcionamento psicológico de uma pessoa num determinado período de tempo ou no futuro. Este processo permite a recolha de informações abrangentes acerca dos traços de personalidade, inteligência e cognição do indivíduo examinado, proporcionando uma compreensão mais aprofundada sobre a sua natureza psíquica (Hutz, 2015; Primi, 2018; Noronha & Alchieri, 2004).

O recurso a testes psicológicos psicométricos possibilita a medição mais objetiva ou a compreensão de diversas características e componentes psicológicas. Estas ferramentas auxiliam o psicólogo a obter informações válidas e confiáveis, permitindo uma análise mais precisa e embasada do perfil psicológico do indivíduo (APA, 2017). Através da avaliação psicológica, torna-se possível obter uma visão ampliada sobre as características e o funcionamento do indivíduo, constituindo-se numa importante ferramenta para a melhor compreensão das suas necessidades e motivações.

Este ato de avaliar é uma prerrogativa exclusiva dos psicólogos, representando uma dimensão central na sua prática profissional. Trata-se de um procedimento sistematizado e abrangente, que pode ter múltiplos objetivos, variando de acordo com o contexto de aplicação (APA, 2017). Em ambientes clínicos, por exemplo, a avaliação psicológica torna-se essencial para a obtenção de informações relevantes que suportem o planeamento adequado da intervenção terapêutica, bem como para a monitorização do progresso e das problemáticas apresentadas pelo cliente. É importante esclarecer que na intervenção psicológica ACP – Abordagem Centrada na Pessoa, a avaliação psicológica não constitui uma condição necessária para a intervenção, uma vez que o que é importante é o diagnóstico quanto à presença ou ausência das condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, é ainda assim, fundamental na prática do psicólogo, por forma a obter dados sobre a condição do cliente no

momento atual e que poderá ser útil na compreensão da percepção única do cliente na sua condição de saúde ou doença.

É importante destacar que a avaliação psicológica deve ser conduzida de forma bem fundamentada cientificamente (Hutz, 2015; Primi, 2018; Noronha & Alchieri, 2004). Isto implica o uso de procedimentos validados e confiáveis, que se baseiam em evidências empíricas sólidas. A rigidez científica garante a precisão dos resultados obtidos e a adequação das intervenções propostas, evitando interpretações tendenciosas ou imprecisas.

Em síntese, a avaliação psicológica desempenha um papel de destaque no campo da psicologia, oferecendo aos profissionais uma ferramenta valiosa para a compreensão profunda do funcionamento psicológico dos indivíduos. Conduzida com rigor científico, revela-se como uma aliada essencial na tomada de decisões clínicas e no planejamento de intervenções personalizadas e eficazes. Apresento em seguida alguns testes psicológicos que permitem uma recolha abrangente de dados para avaliar a personalidade e capacidade cognitiva dos indivíduos, e que foram utilizados no âmbito do presente estágio curricular.

1.4.2.1. Matrizes Progressivas de Raven

As Matrizes Progressivas de Raven são um teste psicométrico amplamente utilizado com o propósito de medir o nível de inteligência geral, também conhecido como fator G (Raven, 2000; Spearman, 1904). O teste consiste na aplicação da Escala SPM (Standard Progressive Matrices), também denominada como escala geral, em indivíduos de diversas faixas etárias, desde crianças até adultos. A Escala SPM é composta por 60 itens, divididos em 5 séries de 12 itens cada, ordenados por grau crescente de dificuldade (Raven, 2000). A principal característica que torna o teste das Matrizes Progressivas de Raven tão útil e versátil é sua natureza não verbal (Raven, 1989). Esta padronização é essencial para garantir a confiabilidade e validade dos resultados obtidos e assegurar que a inteligência seja avaliada de forma justa e livre de viés linguísticos ou culturais. Quanto à fiabilidade do teste, as Matrizes Progressivas de Raven têm demonstrado boas propriedades psicométricas em diversas amostras populacionais, apresentando consistência interna e estabilidade temporal satisfatórias (Raven, 1989; Raven, 2000), com alfa de Cronbach de 0.73. No contexto da população portuguesa, o teste das Matrizes Progressivas de Raven foi submetido a processos de normalização, adaptando-o ao perfil específico da população lusófona. Estudos têm sido conduzidos para garantir a adequação dos itens e estabelecer normas para diferentes grupos etários, o que

assegura que o teste forneça resultados válidos e comparáveis aos de outras populações (Almeida et al, 2006; Simões, 1992).

1.4.2.2. Questionário de Análise Clínica (CAQ)

O Questionário de Análise Clínica (CAQ) é uma ferramenta psicométrica desenvolvida com o objetivo de avaliar doze variáveis clínicas de personalidade. Este teste foi elaborado para medir traços clínicos em sujeitos normais, fundamentando-se na análise da sintomatologia clínica. Composto por 144 itens, cada questão do CAQ é acompanhada por três alternativas de resposta, de acordo com o conteúdo específico do item (Coutinho & Almeida, 1991). As doze escalas do CAQ correspondem aos traços patológicos identificados no instrumento, permitindo uma avaliação abrangente de diversos domínios clínicos: Hipocondria; Depressão suicida; Agitação; Depressão ansiosa; Depressão baixa energia; Culpabilidade-ressentimento; Apatia-retirada; Paranoia; Desvio psicopático; Esquizofrenia; Psicastenia; Desajuste psicológico (Coutinho & Almeida, 1991). A fiabilidade do CAQ foi amplamente investigada em diversos estudos psicométricos, demonstrando resultados consistentes e satisfatórios: os valores obtidos para as várias escalas variam entre .51 e .78 (N=447). A consistência interna das escalas tem sido confirmada, indicando que os itens que compõem cada dimensão estão inter-relacionados de maneira coerente, medindo adequadamente o construto que se propõem a avaliar (Coutinho & Almeida, 1991; Garcia, 2001). Além disso, o CAQ foi objeto de processos de normalização para a população portuguesa, garantindo sua adequação e aplicabilidade a esta amostra específica (Garcia, 2001; Almeida & Coutinho, 1991).

1.4.3. Promoção da Integração Social do Doente Mental

Considerando tudo o que já foi referido, é de reforçar que é importante para os doentes mentais, principalmente de doenças crónicas, a existência mecanismos que facilitem a sua integração social, e que os ajudem a ultrapassar o estigma de ser doente mental. O psicólogo tem um papel importante na promoção desta integração social, nomeadamente na aplicação da abordagem comunitária.

A abordagem comunitária procura desenvolver atividades que promovam a psiquiatria de proximidade com as populações, visando a participação efetiva das mesmas no tratamento contínuo e na implementação de ações preventivas. Esta abordagem integra os utentes de forma

efetiva na vida ativa da sua comunidade, e estabelece uma relação ampla dos serviços de psiquiatria de proximidade com a sociedade, especialmente com as autarquias e organizações de índole social (CHPL, 2023).

“O Serviço de Reabilitação implementa programas de Reabilitação Psicossocial, abrangendo Treino de Atividades de Vida Diária, Terapia Ocupacional, Formação Profissional e Emprego Protegido. Além disso, promove atividades terapêuticas como teatro, dinamização de programas de rádio, e participação em exposições, direcionadas a utentes em diferentes fases do processo de reabilitação.

Os utentes ingressam no Serviço de Reabilitação através da Unidade de Treino de Autonomia (Reabilitação Psicossocial), geralmente provenientes das Clínicas de Agudos. Após alcançarem autonomia funcional, são encaminhados para outras estruturas reabilitativas, onde continuam o processo de reabilitação. Estruturas residenciais estão disponíveis para até um ano de permanência, sendo que algumas permitem uma permanência mais prolongada, reservadas para situações em que os utentes não podem ser integrados na família e na comunidade, mas possuem autonomia suficiente para residir em estruturas sem necessidade de supervisão médica e de enfermagem permanente” (CHPL, 2023).

As Residências de Curta Duração, inseridas no serviço de Convalescença, visam o desenvolvimento de competências pessoais para autonomização, reduzindo, assim, a dependência familiar, institucional e social. Os utentes participam de programas sócio ocupacionais, frequentam cursos de formação, e alguns conseguem emprego. Apesar das melhorias apresentadas ao longo do internamento, ainda não estão prontos para a alta, necessitando consolidar as competências adquiridas, exigindo supervisão pontual.

Já as Residências de Apoio Máximo são destinadas a utentes que necessitam de ajuda regular para as atividades de vida diária e tarefas relacionadas com a manutenção do lar, apresentando um elevado grau de incapacidade. O objetivo é minimizar ao máximo o grau de dependência. As Residências de Apoio Moderado, por sua vez, acolhem pessoas com doença mental crónica, clinicamente estabilizadas, mas com moderado grau de incapacidade psicossocial, sem suporte familiar adequado. Procuram melhorar a qualidade de vida e integrar socialmente os residentes, evitando o agravamento da dependência.

As Residências Autónomas na Comunidade proporcionam suporte residencial para melhorar a qualidade de vida e favorecer a participação social de pessoas clinicamente estabilizadas, mas com um reduzido grau de incapacidade psicossocial, sem suporte familiar adequado ou possibilidade de integração familiar (CHPL, 2023; WHO, 2023).

II Parte
TRABALHO DE ESTÁGIO

2.1 Objetivos

Segundo a EFPA (2015) o psicólogo deve adquirir um conjunto de competências que, sendo organizadas em seis grupos funcionais, são-nos propostas da seguinte forma: A) Especificação de Objetivos (Interação com o cliente com o fim de definir os objetivos da intervenção ou serviço que será prestado); B) Avaliação (Descrever características relevantes de indivíduos, grupos, organizações, e situações, através de métodos apropriados); C) Desenvolvimento (Desenvolver interações, serviços ou produtos com base nas teorias e métodos psicológicos para serem utilizados pelos clientes ou psicólogos); D) Intervenção (Identificar, preparar e concretizar intervenções que são apropriadas para atingir os objetivos definidos, utilizando os resultados da avaliação e das atividades de desenvolvimento); E) Avaliação Final (Estabelecer a adequação de intervenções em termos de adesão ao plano de intervenção e ao cumprimento dos objetivos estabelecidos.); F) Comunicação (Fornecer informação aos clientes de um modo a que se adeque e corresponda às expectativas e necessidades dos clientes).

Por conseguinte, com as atividades a desenvolver no estágio e com base nas competências acima enunciadas, estabelecemos os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Desenvolvimento das competências do psicólogo e da capacidade de intervir mediante a relação de ajuda, avaliação de necessidades, aplicação de testes e medidas psicométricas, avaliação e comunicação dos resultados obtidos.

Objetivo específico: Trabalhar as capacidades da pessoa que tem doença mental grave, no sentido de promover a manutenção ou desenvolvimento das suas competências cognitivas, de regulação emocional, autorregulação e autocontrolo, reforçando assim no sujeito mecanismos de autocuidado, autoconfiança e estima de si.

Atividades diretas: Acompanhamento psicológico individual com dois utentes contemplando o processo de avaliação psicológica e intervenção.

Atividades indiretas: Participação em reuniões de supervisão quinzenais com a orientadora de estágio; participação em reuniões mensais com a equipa multidisciplinar da instituição; participação em atividades festivas da instituição; participação em reuniões semanais de gestão comunitária (balanço, acompanhamento, definição e atribuição de tarefas de atividade de vida diária) com a equipa multidisciplinar e os utentes da residência, apoio próximo no cumprimento das tarefas designadas em reunião de equipa semanal; participação na construção de suporte medicamentoso semanal dos utentes e em tudo o que se torne

necessário no sentido de capacitar os utentes que se encontram integrados neste regime de residência de suporte autónomo.

2.2 Atividades de Estágio

2.2.1. Prática clínica

O trabalho no estágio académico dividiu-se entre atividades a realizar diretamente com os utentes, atividades realizadas com a equipa multidisciplinar da instituição, e atividades com a orientadora de estágio.

As atividades realizadas com os utentes da instituição centraram-se no acompanhamento do grupo da residência autónoma, nomeadamente auxílio na realização das atividades de vida diária (AVD), sempre com o objetivo de melhorar a autonomia dos utentes. O meu papel foi essencialmente no apoio às AVD, no planeamento e verificação das mesmas, para promover a sua autonomia. Estas atividades iam desde atividades diárias como a higiene individual, confeção das refeições, apoio conjunto na realização de caixas farmacológicas individuais de medicação, até atividades mais pontuais como marcação e acompanhamento de consultas hospitalares e médicas. No sentido de suprir dificuldades ao nível relacional e social de dois utentes da instituição, fiz acompanhamento psicológico individual ao longo de grande parte do estágio, incluindo uma avaliação psicológica.

Nas atividades realizadas com a equipa multidisciplinar da instituição composta por elementos de várias áreas do saber e da intervenção social, como psiquiatra, assistente social, psicólogos, psicomotricistas, técnicos e assistentes, destaco a participação em reuniões. Estas reuniões são organizadas com uma periodicidade mensal, no sentido de partilhar e suprir as dificuldades de gestão de casos mais complexos.

Com a equipa, ainda, participei e ajudei na organização de atividades festivas da instituição; em feira de angariação de fundos, no Natal; em festa de Natal, Páscoa; em festa de utentes e de familiares de utentes; e em festa de santos populares. Estas atividades têm por objetivo promover uma relação mais próxima entre a equipa, utentes e seus familiares, num ambiente social mais descontraído e informal.

De grande relevância foi a realização de reuniões semanais com a orientadora de local de estágio, com o objetivo de esclarecer, apoiar e adequar o acompanhamento psicológico individual aos dois casos que estavam a decorrer até ao final do estágio; é igualmente definido o apoio a ser disponibilizado aos restantes utentes de ambas as residências pertencentes à

mesma instituição que se caracteriza por reforçar o processo de autonomização individual na gestão das tarefas de gestão de vida diária.

Nas tabelas 1 e 2 apresentamos o cronograma e a distribuição das atividades de estágio ao longo do tempo.

Tabela 1. Cronograma das atividades de estágio de out/22 a jun/23

Mês	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun
Início do estágio									
Participação em reuniões de equipa									
Acompanhamento e monitoria do grupo de utentes da residência									
Acompanhamento psicológico individual a 2 utentes									
Final de estágio									
Recolha bibliográfica									
Elaboração Projeto									
Entrega de Projeto									
Elaboração Relatório de Estágio									
Entrega de Relatório									

Tabela 2. Atividades realizadas nas 407 horas de estágio

Trabalho de estágio	
Horas	Relatório
5	Reunião inicial de acolhimento em instituição de estágio com a orientadora e com elementos da direção técnica e apresentação do espaço, utentes, técnicos e residência
90	Reunião semanal com os utentes de residência; apoio na gestão contabilística e financeira da residência e apoio na gestão individual de dinheiro (de cada utente); realização de caixas medicamentosas individuais de cada utente; realização de lista de compras semanal a adquirir por utente (alimentos, higiene e medicação)
35	Acompanhamento de utente na aquisição de lista de compras alimentares e de artigos de higiene pessoal semanal e compra de medicação.
14	Participação em reunião mensal com a equipa multidisciplinar da instituição
11	Reunião quinzenal com a orientadora de estágio;
182	Apoio na capacitação dos utentes para a realização das atividades de vida diária reforçando no utente mecanismos de autocuidado, autoconfiança e estima de si.
25	Participação e apoio em atividades onde a instituição esteve presente com os utentes.
20	Acompanhamento de utente em apoio psicológico individual
15	Promoção e desenvolvimento de estratégias de literacia digital.
5	Acompanhamento de utentes a consultas de ambulatório, realização de exames complementares de diagnóstico
5	Acompanhamento de utente a unidade de saúde, para consulta de urgência.
Total 407 horas	

2.2.2. Intervenção psicológica

Durante o estágio foi realizado o acompanhamento psicológico individual de dois utentes, JP e JG, que são seguidamente apresentados. Os dois casos foram referenciados pela

Direção da Instituição, considerando que o mesmo poderá incrementar as capacidades de autonomia dos mesmos, e para tal foi proposto ao estagiário a realização de 10 sessões de acompanhamento com cada utente, a realizar até ao fim do estágio em junho. Ambos os utentes manifestaram motivação para iniciar um acompanhamento psicológico. Ambos os utentes foram devidamente informados sobre o facto deste acompanhamento ser realizado no âmbito de estágio curricular, e deram o seu consentimento para constarem no respetivo relatório.

Caso 1

Identificação

JP, sujeito do sexo masculino com 58 anos de idade, de nacionalidade portuguesa, vive em união de facto desde 2015 com uma utente da instituição de solidariedade social onde está inserido, frequenta o módulo letivo B2 (5º ano) quatro vezes por semana, à noite, é muito motivado para a aprendizagem; não trabalha; reformado por invalidez com um grau de incapacidade de 80%. Vive numa unidade de residência autónoma da instituição de solidariedade social onde está inserido com a esposa e com mais quatro colegas, esforça-se por cumprir as AVD, que faz com dificuldade; frequenta diariamente um dos fóruns sócio ocupacionais da instituição.

Pedido

O JP foi encaminhado para a consulta de psicologia pela técnica responsável pelo estágio. Pretende melhorar o relacionamento com as outras pessoas, principalmente com os outros utentes da instituição. Refere essencialmente o relacionamento conjugal e de interação social com os outros utentes com quem partilha a residência. Tem dificuldade em cumprir as tarefas: em casa, na instituição, e na formação. Sempre que possível, aproveita a presença das outras pessoas para assumirem as suas responsabilidades.

Observação-Exame do estado mental

A idade aparente coincide com a real, com complexão física dentro do esperado para a sua estatura, apresenta higiene cuidada mas com vestuário puído e amarrotado, acima do seu tamanho. Apresenta uma atitude sempre colaborante. Apresenta comportamento estereotipado:

aleatoriamente e de forma ocasional baloiça-se para a frente e para trás; treme a perna para cima e para baixo quando sentado; emite sons-estalidos com a língua; bruxismo e desloca a prótese dentária. Estrabismo divergente-exotropia (quando um ou os dois olhos se deslocam para fora e na vertical); não mantém o contacto visual em permanência durante a sessão, preferindo frequentemente olhar para baixo e ocasionalmente para o lado direito, para a janela, para longe; apresenta lentificação psicomotora e comportamento desinibido.

Observa-se dificuldades no foco e em estabelecer contacto visual. Orientado no tempo, no espaço, sem alterações ao nível da orientação autopsíquica e alopsíquica, da consciência.

Alterna entre o humor eutímico (colaborante, preocupado, mas não excessivamente) e humor disfórico (sente-se triste, com pouca energia e sem vontade, em baixo, com remorsos, ansioso); episódios de irritabilidade periódica (baixa tolerância à frustração quando contrariado, ou quando algo acontece de forma inesperada e sem o seu controlo, levanta a voz usando uma linguagem vernácula); labilidade emocional (episódios de extrema tristeza e desapego a outras pessoas).

Sem alterações orgânicas da linguagem (vocabulário adequado e rico; entoação baixa; fluxo regular; articulação clara e distinta); apresenta ligeiras alterações funcionais - estereotipia verbal / tique, tipo vocal-estalidos (vocalização súbita e inesperada, estereotipada de um som não linguístico); discurso ligeiramente lentificado e empobrecido em termos de vocabulário; - restringe a sua fala ao mínimo necessário, com respostas monossilábicas / muito sucintas, sem frases ou comentários adicionais (em interação com os outros utentes).

Sem alterações aparentes ao nível do pensamento, percepção, cognição, líbido e sono.

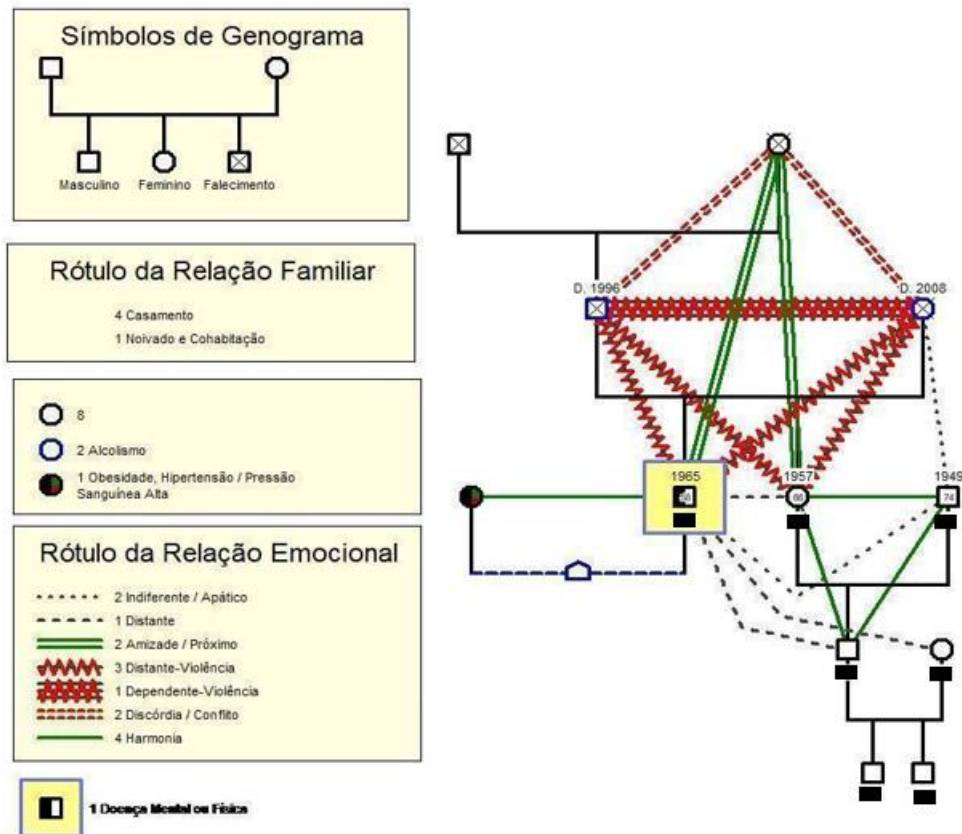
Apresenta agitação psicomotora (mexe a perna para cima e para baixo); dificuldades motoras ao nível da marcha (desloca-se devagar com passada curta); motricidade fina (apresenta tremor em ambas as mãos, deixando cair objetos com frequência; grafia pouco precisa e lenta); apresenta apetite voraz.

Crítica Presente: apresenta autocrítica; *locus* de controlo externo; reconhece a crítica quando repreendido, incorporando-a nos seus comportamentos futuros e modelando o seu comportamento na tentativa de um ganho secundário ou um benefício para si próprio; quer a atenção preferencialmente para si (ele é centro); o importante é a satisfação da sua vontade e o princípio da materialização do prazer.

Na recolha da história clínica e anamnese, indica que tem 58 anos, segundo filho de uma fratria de dois; vem uma família desfavorecida socialmente, sem escolaridade, pais com hábitos frequentes de consumo de álcool; pais com pouca escolaridade e com empregos pouco

diferenciados e financeiramente desfavorecidos; vive numa casa pequena e com poucas condições de habitabilidade com os pais, irmã e avó materna; refere a vivência de episódios de violência doméstica com agressões físicas e verbais constantes; a mãe chorava muito, não sendo feliz no casamento; recorda-se de ouvir que a sua gravidez não foi planeada e que o seu nascimento não foi desejado, diz que não teve uma infância feliz e que não foi um bebé amado; sabe que teve um parto difícil, prolongado, nasceu com o auxílio de meios de apoio ao nascimento (fórceps). Após o seu nascimento foram-lhe diagnosticadas lesões decorrentes de acidente perinatal que originaram lesões cerebrais extensas; quem tomou conta de si até à sua fase pré-escolar foi a avó paterna e a mãe; recorda ter sido uma criança com autoconfiança e autoestima muito baixas, sentia-se rejeitado em virtude de ser portador de um quadro de deficiência visual, cognitiva e motora.

Fig. 2 – Genograma de JP



Apresentou dificuldades de adaptação ao jardim de infância, não conseguia fazer amigos; recorda-se de brincar com pares da sua faixa etária, dizendo que estes não eram muito seus amigos devido ao facto de ele ser invisual; diz que os pares lhe subtraíam os brinquedos, os carrinhos e que lhe batiam em virtude deste “ser assim” invisual; não tinha amigos, os pais não o deixavam brincar com os pares por terem medo que ele sofresse um acidente; podia brincar unicamente dentro de casa.

Frequentou um estabelecimento de ensino para crianças com deficiência visual, refere que tinha muita dificuldade em controlar os esfíncteres, apresentando frequentes episódios de encoprese; teve uma adaptação ao contexto escolar muito difícil, apresentando dificuldades de aprendizagem, sofrendo várias retenções letivas mesmo no ensino especial. Continuou a manifestar rejeição ao afastamento da mãe, chorando prolongadamente durante longos períodos de tempo, refere que teve poucos amigos. Os pais (ambos) aplicavam-lhe a si e à sua irmã castigos físicos e violentos com frequência, recorda que lhe gritavam muito sem que ele entendesse o motivo ou o porquê.

Durante a escola, desenvolve o prazer pelo desenho e pela música, e demonstra aptidão para o desenvolvimento de atividades oficiais.

O pai faleceu neste período, e após o falecimento da mãe, passa a residir com a irmã e cunhado. Até setembro de 2009 mantém-se integrado numa instituição de solidariedade social, que lhe oferece proteção enquanto pessoa em condições de vulnerabilidade económica e social; unidade que frequentava com a mãe em regime de centro de dia, ocupando-se com atividades relacionadas com cerâmica e tecelagem. É integrado em setembro de 2009 noutra instituição de solidariedade social, que se adequa e responde de forma mais ajustada às necessidades e aos interesses de JP, permitindo que este comece a dar os primeiros passos rumo à sua autonomia e inclusão social. Em 2010 faz acompanhamento psicológico nesta instituição e em 2013 é integrado na instituição de solidariedade social onde se mantém até presente data. Em 2015 inicia uma relação de união de facto com uma utente da mesma residência; frequenta o módulo letivo B2 (5º ano) quatro vezes por semana, à noite, é muito motivado para a aprendizagem; não trabalha; esforça-se por cumprir as Atividades de Vida Diária (AVD), que faz com dificuldade.

JP foi submetido a uma litotricia no rim direito, em 2014. Possui diagnóstico de atraso psicomotor, deficiência visual e psicose (refere que até à presente data, nunca realizou um processo de avaliação psicológica. JP é acompanhado atualmente por especialidade de psiquiatria e por qualquer outra, sempre que se justifique. Tem diagnóstico de epilepsia e perturbação bipolar tipo I. Medicado para o controlo de epilepsia; e perturbação bipolar I. Toma diariamente um anticonvulsivante ($\frac{1}{2}$ comprimido 25mg ao deitar) que é indicado para o acompanhamento e controlo da epilepsia; aripiprazol (1 comprimido 15 mg) ao deitar é indicado para o tratamento do episódio maníaco moderado a grave na perturbação bipolar I.

JP apresenta a motricidade grossa e fina comprometida; diminuição da vitalidade e energia; apatia generalizada; lentificação motora; desconfiança generalizada; ansiedade; desinibição de impulsos (sexuais); irritabilidade periódica; isolamento social; relacionamento baseado na sua inferiorização - tentativa de dependência de terceiros; *locus* de controlo externo, e ausência de inteligência emocional e humor disfórico

Avaliação psicológica

Uma vez que o utente JP tem um diagnóstico na sua história clínica que não é suportado por testes, e esse diagnóstico tem já vários anos, considerou-se importante realizar uma avaliação psicológica abrangente, para determinar as condições atuais do utente.

Após reunião conjunta com a orientadora, e em virtude de inexistência de avaliação psicológica anterior e com o objetivo de melhor determinar o estado mental atual do utente face ao diagnóstico de doença mental que consta na sua ficha clínica da anterior instituição, optei

por realizar uma prova de inteligência geral – Matrizes Progressivas de Raven, e uma prova de avaliação da personalidade - Questionário de Análise Clínica (CAQ). Esta avaliação foi realizada nos dias 3 e 10 de março de 2023, uma prova em cada dia, uma vez que são testes cuja aplicação leva algum tempo, podendo levar a algum estado de fadiga do utente. JP apresentou uma atitude colaborante, atento e motivado ao longo de todo o processo avaliativo, mostrando-se empenhado durante a avaliação.

No teste de Matrizes Progressivas de Raven, o resultado obtido pelo utente situa-se no nível médio superior (com valor entre 100 e 115).

No teste CAQ, o utente obteve pontuação na metade superior na maioria das escalas, com picos em Paranóia, Esquizofrenia, Depressão Ansiosa, Apatia-Retirada e Culpabilidade-Ressentimento. Numa das escalas apresenta resultado no pico inferior, Desvio Psicopático.

Os resultados indicam ausência de deterioração cognitiva e de indicadores de psicopatia. O diagnóstico de psicose – esquizofrenia, apresentado na história clínica, é corroborado pelos resultados. Além disto, os resultados indicam que o utente se define como uma pessoa desajeitada a manipular objetos, desorientado e incapaz de enfrentar as exigências com que se depara; não se sente muito à vontade para estar com outras pessoas, e sente-se culpado pelo não cumprimento de algumas das suas tarefas; e sente também alguma paranóia e desconfiança face aos outros; corroborando assim o diagnóstico de esquizofrenia.

Contrato e plano terapêutico

Foram propostas pela Direção da Instituição a realização de 10 sessões de acompanhamento psicológico individual, até ao final do estágio, no sentido de melhorar o seu relacionamento com os outros utentes e o cumprimento das tarefas na instituição; e minorar as dificuldades de socialização. As sessões têm a duração de 50 minutos, uma vez por semana; são realizadas num espaço neutro, confortável e tranquilo com cadeiras, mesa e sofás; entre 10 de fevereiro e 12 de maio de 2023.

Processo terapêutico

Primeira sessão- Após a apresentação de ambos pela orientadora do local de estágio, a identificação da necessidade de acompanhamento do utente JP e do pedido, iniciou-se o processo de acompanhamento psicológico individual, assim como a construção da relação terapêutica. Foram abordadas e esclarecidas, nesta sessão, todas as questões deontológicas e éticas que estão associadas ao acompanhamento psicológico individual, assim como toda a confidencialidade de que este se reveste; que durante as sessões se pretende que o utente se

sinta à vontade de falar sobre qualquer assunto, que este é um espaço de liberdade e de não julgamento; foi igualmente assinado o consentimento informado que autoriza o estagiário a fazer este trabalho.

JP refere que ao longo de mais de 50 anos tem vivido em diversas instituições e que se encontra nesta instituição desde 2012; vive em união de facto com uma utente, também da instituição, há cerca de 7 anos; demonstra grande prazer em ouvir música e interesse em tocar um instrumento; tem muito prazer em estudar e em partilhar a experiência do seu conhecimento, que faz muito pontualmente com alguns utentes da instituição; gosta de passear pela cidade, acompanhado ou autonomamente. Sente um desejo de apreensão de conhecimento permanente, de reconhecimento entre pares constante e busca um *self* ideal em constante atualização e busca de conhecimento, pois sabe que isso lhe oferece distinção e reconhecimento.

JP sente dificuldades de socialização com os utentes da residência da instituição onde reside, estas originam um conjunto de problemas que o inquietam e que o afetam, assumindo este a necessidade de mudança, “gostaria de dar-me melhor com os outros” [sic]. Apresenta disponibilidade para entender os motivos de base que suportam esta dificuldade e para a mudança; motivação e resiliência. Manifesta querer mudar, achando que essa mudança pode ser boa para si e para o grupo onde se insere.

Segunda sessão- Demonstra um sentimento protetor, cuidador e afetuoso para com a companheira; fala sobre temas da atualidade com detalhe; demonstra cultura geral e conhecimento sobre várias áreas, desde a cultura, música, religião e política. Sente incómodo e preocupação devido às injustiças que afetam os mais frágeis e desprotegidos. Sabe valorizar a importância dos afetos, do cuidado, da proteção e como estes podem ser condições ótimas e ajudadoras do desenvolvimento do indivíduo. Revela um discurso cuidado, organizado e estruturado; humanista; versando sobre a justiça (o que está certo, e o que está errado aos seus olhos) e o bem-estar individual e social; demonstra uma valorização de si no sentido de se auto promover e procurar aprovação e desejabilidade social. Motiva-o o conhecimento, sabe que isso lhe traz reconhecimento social, importância no seio do grupo e desejabilidade social.

Terceira sessão- JP, apesar de apresentar uma constante resiliência e motivação para se adaptar ao meio que o circunda, sente necessidade em desenvolver estratégias de *coping*, que desenvolve com sucesso no sentido de promover a superação de algumas fragilidades físicas e de doença mental grave que tem. Apresenta diagnóstico de atraso psicomotor, deficiência visual e psicose; é detentor deste quadro psiquiátrico, apesar de ainda não ter sido avaliado nesta instituição onde reside desde 2012.

Quarta sessão- JP apresenta dificuldades no cumprimento das tarefas que lhe são propostas realizar pela instituição no seu dia de escala. Nem sempre as cumpre, e quando o faz, é com o apoio da sua companheira. Demonstra dificuldade em assumir compromissos, seja de tarefas, seja de cumprimento de horários.

Quinta sessão- JP apresenta progressos na execução das tarefas domésticas propostas pela instituição, cumpre-as de forma voluntária e empenhada; progressivamente aporta mais envolvimento na execução ao que lhe é proposto, com mais empenho e motivação; sabe que esta alteração de comportamento e atitude é promotora de um melhor bem-estar social dentro do grupo, e que JP passa a ser reconhecido, respeitado e mais estimado entre pares, ganhando um papel igualitário perante o grupo.

Sexta sessão- JP manifesta sintomatologia depressiva, ansiosa e baixa autoestima quando confrontado com a necessidade de solicitar a validação por parte da irmã para a aquisição de um novo telemóvel. Teme a sua reação, que costuma ser acompanhada de exaltação; este temor resulta de uma vivência com esta, habitualmente acompanhada de agressões verbais; humilhação; e desvalorização de si próprio como pessoa. JP identifica estas razões como base que sustentam a presença de um sentimento de angústia e medo cada vez que pretende comunicar com ela, revestidas de culpa e uma autocritica severa “eu tenho medo que ela se zangue comigo ou que ela se exalte” [sic]; “tenho medo dela!” [sic]. Há em JP uma tensão basal, intensa, sempre que se verifica a necessidade de dar conhecimento à sua curadora (Irmã), de qualquer necessidade que este necessite e que ultrapasse a gestão comum dos seus gastos mensais e se considere um extra, e que este sinta a necessidade de justificar a necessidade desse gasto.

Sétima sessão- Expressa com orgulho que tem executado com rigor e detalhe as funções que são solicitadas; tem reforçado laços afetuosos com a sua companheira; esforça-se por ser pontual; demonstra capacitação e autonomia, evitando pedir ajuda no sentido de não sobrecarregar nenhum par “Eu não quero que se zanguem comigo, eu agora já faço as tarefas todas, eu já não deixo que os outros façam as coisas por mim, eu já não sobrecarrego ninguém.” [sic].

Oitava sessão- Assume que a relação entre pares melhorou, fruto do seu investimento individual de ir ao encontro da partilha colaborativa que é estar em comum. Entre pares e em grupo, demonstra autoconfiança, e sabe que depende de si fazer pequenas mudanças que podem ser ajudadoras de uma saudável convivência “eu agora sinto-me muito melhor; mais confiante; mais seguro; sinto mais vontade em cumprir as tarefas; eu acho que a minha relação com eles

melhorou” [sic]. A validação do seu investimento na mudança de comportamento pelos pares e pelos técnicos da instituição, o sentimento de aceitação que experiencia entre si e os outros e a proximidade entre o *self* real e o *self* percebido são para si um motivo de grande entusiasmo e confiança.

Sente que o acompanhamento psicológico individual é ajudador na relação que estabelece com os outros “Eu antes sentia-me deprimido; sem vontade nenhuma para fazer as coisas, eu sei lá! Mas depois de passar a ser acompanhado por si, eu fui mudando... e isso nota-se. Eu agora tenho mais vontade em fazer as coisas. Aquilo que me diz às sextas-feiras, faz sentido, sabe?” [sic]. Mostra confiança na manutenção do seu comportamento e nas alterações que fez, pois sente que isso é importante “Eu quero que as coisas continuem a melhorar, como até aqui.” [sic].

Nona sessão- Partilha com satisfação a aquisição de conteúdos ministrados no ensino noturno, que frequenta desde há vários anos; apresenta vaidade na aquisição de mais um nível de ensino que superou com sucesso. Gosta que o reconheçam, que lhe seja reconhecido valor pelo esforço que envolve em tudo o que faz, assim como a sua competência.

Décima sessão- Assume o controlo, a responsabilidade e as consequências das suas decisões, apresentando um *locus* de controlo interno, refere, “Demoro-me a despachar de manhã, é que me custa a vestir, sabe. Mas lavo a minha loiça do pequeno almoço, ou então ponho-a na máquina...já não deixo as minhas coisas por fazer” [sic].

Caso 2

Identificação

JG é utente do sexo masculino 48 anos, de nacionalidade portuguesa, solteiro, sem filhos, reside com os pais (ambos), sendo a mãe a sua curadora. Concluiu o 9º ano de escolaridade, não trabalha, mas faz voluntariado de manhã num minimercado, possui um grau de incapacidade para o trabalho de 60%. Integrado na instituição desde 2016, frequenta diariamente um dos fóruns sócio ocupacionais da instituição.

Motivo da consulta

O utente JG foi encaminhado para consulta de psicologia pela presidente da instituição e minha orientadora de local de estágio, por este ser considerado um caso que necessitava de apoio psicológico individual, propondo 10 sessões. Pretende melhorar o seu relacionamento com os colegas da instituição; tem dificuldade em enfrentar a Mãe, em apresentar-lhe a sua visão do mundo, objetivos pessoais, o seu ponto de vista, os seus argumentos, pois acha que ela não o compreende nem está disponível para ir ao encontro da sua vontade; sente que não tem o controlo das suas decisões e que é excessivamente dependente da Mãe.

Observação-Exame do estado mental

Tipo corporal/compleição física robusta, pesando 115 Kg, com visível excesso de peso; tem altura média de 1,80 cm; o cabelo é curto e aparado, com higiene adequada e cuidada. O vestuário é puído; veste uma t-shirt curta e apertada, que não respeita o seu tamanho. O calçado está em bom estado e cuidado. Idade aparente coincidente à real.

Apresenta uma atitude colaborante desde a primeira sessão. Mantém atividades motoras e contacto visual sem alterações. Apresenta-se vígil, com atenção focada; orientado no tempo, no espaço, sem alterações ao nível da orientação autopsíquica e alopsíquica.

Alterna entre o Humor eutímico (Colaborante, preocupado, mas não excessivamente) e o Humor disfórico (Desanimado, cheio de remorsos e culpa), estando sempre presente, de base, o Humor ansioso.

O seu estado emocional é apropriado e congruente com o ambiente, contexto do discurso e do pensamento, tema da conversa e/ou situação.

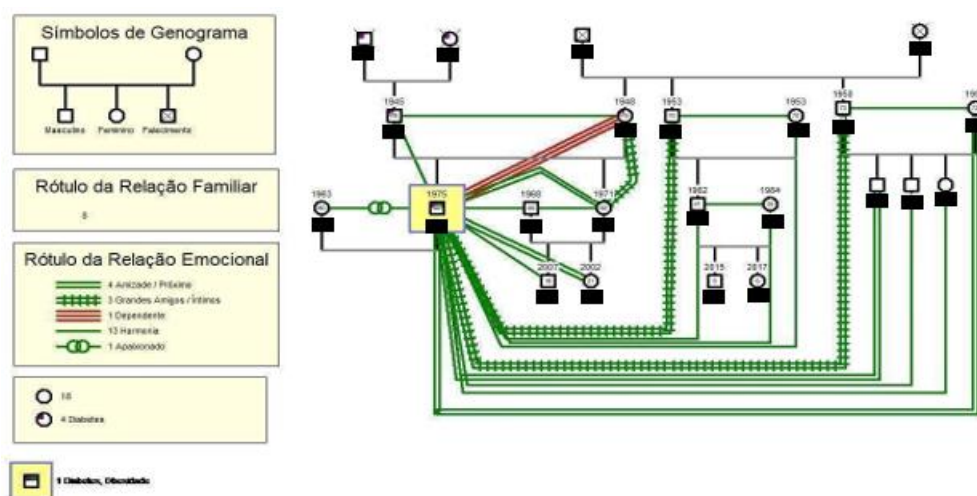
Não apresenta alterações orgânicas ou funcionais no discurso e linguagem, pensamento, percepção, cognição, não tendo ainda sido avaliado psicometricamente.

Apresenta-se sem alterações aparentes, em termos de locomoção e postura, sem alterações dos movimentos espontâneos. Não se observam movimentos anormais, nem devido a efeitos extrapiramidais. Relativamente à motricidade fina, sua grafia é pouco precisa, lenta.

Ingere comida em quantidade excessiva. Não tem hábitos de higiene de sono, aparenta ter cronotipo vespertino. Mantém libido ativa.

Possui crítica, e apresenta autocrítica (o utente reconhece a sua doença e a necessidade de tratamento). O seu *locus* controlo é essencialmente externo. Assume o seu comportamento, mas por outro lado atribui muita responsabilidade à mãe, e não à doença e suas consequências. Expressa as consequências dos seus atos, manifestando querer alterar os seus comportamentos no futuro.

JG é o segundo filho de uma fratria de dois; o pai foi motorista de transportes internacionais, reformado, com o ensino básico; a mãe é cozinheira reformada, mas trabalha a tempo parcial no restaurante da filha, e ajuda-a igualmente na gestão da casa. JG vive em casa com condições de conforto, tem quarto próprio, e estão garantidas todas as suas necessidades; a sua é família estruturada (com débil envolvimento familiar), sem carências económicas identificadas. Os pais (ambos) com história de diabetes identificada.



O seu nascimento resulta de um parto eutócico, sendo a sua gestação de termo, de 40 semanas, normal, sem nada a referir; ouve contar que o seu nascimento e gravidez foi muito desejado, que ele foi um bebé desejado pelos pais, tios, tias, avós e irmã, assim como por toda a família. Diz ter sido um bebé muito amado.

Lembra-se que em contexto escolar teve dificuldades de integração e de cumprimento de regras, chegando a professora a tapar-lhe a boca com fita adesiva; o que resultou em ter ganho muito medo à professora. Define-se como tendo sido uma criança curiosa, faladora e irrequieta; aprendeu a ler e a escrever, fez o primeiro ano escolar num colégio; tinha amigos e socializava sem restrições, entre familiares socializava sem dificuldades.

integração e socialização, chorava muito e chamava ininterruptamente pela mãe, não era participativo nas atividades letivas do colégio. Em 1983, com 8 anos e no sentido de oferecer uma resposta educativa a JG, os pais inscrevem-no numa outra instituição que oferece uma resposta dirigida e adequada para alunos portadores de deficiência e com necessidades educativas especiais. A sua integração e socialização fez-se sem dificuldades, onde se manteve até aos 18 anos (1993).

Sobre o seu futuro profissional, decidiu desistir do ensino com o 9º ano por achar que não tinha capacidades em continuar, sentia que tinha dificuldades e que não conseguia progredir nos estudos.

Nas suas relações amorosas prefere não falar da primeira namorada; recorda ter tido a sua segunda namorada com 19 anos, e foi uma relação muito intensa que durou cerca de 6 meses, refere que sentia muito desejo e muita dificuldade em controlar a libido e que estava sempre a ser chamado à atenção. Teve a sua terceira namorada aos 20 anos quando faz um passeio à serra da estrela, e a sua namorada era muito exigente e “fogosa” refere, relacionamento que dura cerca de um ano. Teve a sua quarta namorada aos 23 anos, de quem gostou muito, foi uma ex-colega do colégio que frequentou até aos 18 anos, e inicia com esta relação a sua vida sexual; refere que os pais desta eram muito controladores da relação de ambos e que não aprovavam este relacionamento.

Em adulto mostra interesse em aprender como trabalham os motores e os carros no geral, manifesta o seu desejo em tirar a carta, mas por limitação psiquiátrica vê-se impossibilitado de materializar esta sua vontade. Caracteriza a sua saúde como estável. Após várias retenções, termina o 9º ano com 18 anos. Refere hoje que deveria ter sido mais esforçado e empenhado nos estudos, que isso teria sido importante para si.

Tem amigos, sente-se acolhido e integrado entre eles. Na relação que tem com a sua família, gostava que a sua relação com os pais fosse menos castradora, refere que gostaria de ter com estes uma relação mais aberta; tem boa relação com a irmã, que o trata de forma infantilizada, assim como a sua mãe.

Começa a desenvolver o gosto e a despertar o interesse pela visualização de pornografia enquanto jovem adulto, hábito que mantém intenso até hoje; nos tempos livres lia revistas de carros, jogava computador, jogava futebol, e desperta o interesse por filmes e cinema.

Atualmente sente que tem potencial para fazer mais, mas que a mãe condiciona os seus projetos; gostaria de ser mais autónomo, mas sem sucesso. Sobre a sua saúde, sente-se acompanhado, a medicação faz com que se sinta estável.

Teve atividade profissional não remunerada numa instituição de solidariedade social, perto da sua área de residência, vocacionada para a construção e manutenção de espaços verdes, onde frequentou os cursos de arte floral e reparação de calçado entre 1993 e 1997. Começou a trabalhar como aprendiz numa oficina de próteses dentárias num dentista, e nesse trabalho sentiu-se muito reconhecido, integrado e acolhido por todos com quem trabalhou, sentia-se feliz por lhe demonstrarem que fazia a diferença no cumprimento do seu trabalho, que era útil. Nesta fase sentiu-se autónomo, pois geria o controlo e o cumprimento do seu tempo e horário, assim como tinha a mobilidade para se deslocar entre casa e o trabalho; recorda esse tempo com saudade; manteve esta atividade entre 1997 e 2014, altura em que a entidade empregadora abriu falência. Entre 2014 e 2016 trabalhou como assistente de cozinha no colégio que frequentou até 1997, assume que esta atividade foi muito desgastante, exigente, e que trabalhar com o contacto com crianças não foi do seu agrado, pelo que acabou por desistir. A partir de 2016 é integrado na instituição de solidariedade social onde se encontra até hoje, frequentando atividades de fórum sócio ocupacional e de capacitação rumo à sua autonomia. Atualmente trabalha voluntariamente a tempo parcial num minimercado onde repõe as frutas e os legumes, fá-lo diariamente entre as 08:00h e as 09:00h, depois segue para a instituição, a fim de participar nas atividades diárias de fórum.

Gostaria de voltar ao mercado de trabalho de forma mais ativa, mas refere que a mãe não deixa, sob pena de perder o apoio de pensão do Estado português; sente que a sua vida podia ter mais motivos de realização, sente-se aprisionado pelos pais. Tem amigos com quem socializa e convive (da instituição), e mantém uma boa relação familiar, embora com pouco envolvimento.

Sente-se desconfortável com o aumento de peso, não se revê no seu corpo, sente-se mal consigo próprio, sente culpa pelo estado a que chegou. Ocupa os seus tempos livres a ver televisão, ouvir música, jogar jogos de vídeo. Tem intimidade e vida sexual com a namorada, com quem gostaria de casar e ter filhos.

Receia muito ter sido diagnosticado com diabetes Tipo II devido às possíveis consequências esta doença, mostra preocupação e culpa por ter chegado a este estado de doença; tem medo de perder a sensibilidade e ou de vir a ser amputado, ou de perder a visão; iniciou medicação injetável uma vez por semana (medicação que não sabe identificar). Toma

igualmente, além da medicação injetável, medicação para o controlo da diabetes; colesterol; esquizofrenia; gota, ácido úrico ou doença renal; depressão e ou ansiedade generalizada.

Nunca fez acompanhamento psicoterapêutico, apenas fez acompanhamento psicológico individual ao abrigo do programa de estágio académico que fez comigo e com a supervisão da orientadora do local de estágio; refere que gostou muito, que se sentiu entendido e acolhido, que para ele esta experiência foi transformadora, gratificante e que lamenta que termine.

Assume que nos seus hábitos alimentares comete excessos diariamente, tem dificuldade em resistir aos doces. Refere que ganhou excesso de peso durante a pandemia, mas ainda hoje mantém a ingestão de alimentos em demasia.

Na sua dinâmica familiar é tratado de forma pueril, sem respeito pelas suas vontades, é convidado a obedecer de forma cega às diretrizes emanadas pela mãe; existe uma cultura de enraização de culpa instalada. Há pouco envolvimento familiar na atenção dos seus projetos não essenciais, sendo ignorado o seu pedido para aprender a tocar um instrumento musical, trabalhar ou tirar a carta de condução. Não faz as refeições em família, janta sozinho, passa longos períodos de tempo sozinho, facto que potencia o cometimento de excessos alimentares e ter uma débil higiene do sono.

Lembra como acontecimentos de vida significativos no seio da família, a operação da mãe (estômago) há vários anos; a morte da avó (há 7 anos) devido a insuficiência coronária; a morte do padrinho (que morreu há cerca de 20 anos); a emigração da sobrinha (há 5 anos).

Usufrui de uma rede de apoio que identifica ser composta pela instituição onde está inserido, namorada, pais, primos e tios. Tem amigos que fazem parte da instituição e com quem convive diariamente nas atividades de fórum. Identifica a namorada como um forte suporte emocional para si; esta tem 65 anos e encontra-se a desenvolver um quadro de demência.

Nas suas atividades de lazer, mostra grande interesse por filmes, música e jogos de vídeo. Iniciou em abril um projeto de perda de peso que contempla caminhadas diárias de 40 minutos, pratica judo com a frequência de uma vez por semana.

Lembra-se que em criança sofreu uma pneumonia bilateral (ambos pulmões); que teve um gânglio pulmonar e encefalite; foi circuncidado em adulto e intervencionado cirurgicamente para a remoção de pequenos sinais cutâneos. É acompanhado pela Unidade de Saúde Familiar da sua área de residência, sempre que necessário. Atualmente sofre de diabetes e tem excesso de peso, pesa 115 kg. Refere que sofre de ideação persecutória; epilepsia; défice cognitivo; compulsão alimentar; não tendo acesso a informação que suporte este diagnóstico.

JG sente-se deprimido por não ter controlo sobre a sua vida; gostaria de cumprir um projeto de vida onde refere o desejo de ser como os primos, de casar, ter carta de condução, conduzir, trabalhar, frequentar um ginásio, ter filhos “É que eu gostava de ser casado, de ter filhos e de trabalhar...mas a minha mãe não deixa”[sic]; “eu sinto-me complexado por não ter ido à tropa, por não poder casar; sinto-me diferente em comparação aos meus primos, porque eles têm a vida deles organizada e eu não...é por isso que eu me sinto assim” [sic];

Gostava de ter um trabalho, de sentir-se ativo profissionalmente, ser produtivo para a sociedade, mas a mãe refere-lhe que “se o fizer, perde a sua pensão de sobrevivência e de incapacidade que tanto custou a ter...e isso eu não posso perder” [sic]. Refere que os pais são muito castradores e que gostaria que estes tivessem uma mente mais aberta.

Atualmente apresenta humor ansioso e humor disfórico; insónia terminal; abulia de execução; ingestão alimentar compulsiva; *locus* de controlo externo; obediência automática (à mãe); hipersexualidade provocada por visualização de vídeos contendo pornografia.

Contrato e plano terapêutico

Foram propostas pela Direção da Instituição a realização de 10 sessões de acompanhamento psicológico individual, até ao final do estágio, no sentido de melhorar o seu relacionamento com os outros utentes; gostava de trabalhar a sua autonomia; sente-se deprimido. As sessões têm a duração de 50 minutos, uma vez por semana; são realizadas num espaço neutro, confortável e tranquilo; entre 10 de fevereiro e 08 de maio de 2023

Processo terapêutico

Primeira sessão - Após a apresentação de ambos pela orientadora do local de estágio, a identificação da necessidade de acompanhamento do utente JG e do pedido, iniciou-se o processo de acompanhamento psicológico individual, assim como a construção da relação terapêutica. Foram abordadas e esclarecidas, nesta sessão, todas as questões deontológicas e éticas que estão associadas ao acompanhamento psicológico individual, assim como toda a confidencialidade de que este se reveste; que durante as sessões se pretende que o utente se sinta à vontade de falar sobre qualquer assunto, que este é um espaço de liberdade e de não julgamento; foi igualmente assinado o consentimento informado que autoriza o estagiário a fazer este trabalho.

JG apresenta preocupação e ansiedade em virtude de deixar de ter médico de família e como isso pode ser para si, prejudicial. Receia ser menos acompanhado em contexto de cuidados de saúde primários e como isso pode ser inibidor no acesso à prescrição médica que toma diariamente, passando apenas a ter apoio médico em regime de urgência.

Demonstra forte interesse por motores e um desejo em aprofundar o conhecimento de como estes funcionam; ambiciona a obtenção de licença de condução, mas em virtude do seu quadro clínico (indicado pelo próprio uma vez que não me foi permitido o acesso ao seu ficheiro clínico, e que inclui Ideação persecutória; Epilepsia; Défice cognitivo), este objetivo é-lhe impossibilitado, provocando-lhe um pensamento circular que lhe afeta a auto estima, o acesso ao seu *self* desejado e ao seu *self* ideal (quadro clínico, desejo e inibição familiar). A mãe frustra-lhe esta sua vontade dizendo que se trabalhasse, perderia a pensão e que isso é algo que ele não pode perder. Sente-se assim dividido entre trabalhar, tornar-se autónomo, útil e dinâmico socialmente, ou perder a sua pensão; e isso promove em JG angústia e um sentimento de incapacidade e de inferiorização, pois JG gostaria de ser como os primos, autónomos e independentes. Para JG é importante ter um emprego, ou uma atividade profissional onde pudesse afirmar-se no sentido de obter reconhecimento, familiar e entre pares, demonstra desejo em assumir responsabilidades e autonomia.

Tem interesse em retomar a atividade desportiva que praticava antes da pandemia, o judo. Com orgulho refere que tem a graduação de cinturão castanho e que estar com o seu mestre é muito importante para si. A prática desportiva e a figura referencial do mestre permitem que JG se sinta num ambiente seguro e a desenvolver uma atividade que lhe dá prazer.

Assume que investe demasiado do seu tempo em jogos de vídeo, filmes de vídeo, séries televisivas, plataformas streaming de vídeo e de músicas. Sabe que este comportamento pode ser condicionador de uma socialização entre pares que preferem outras atividades (ao ar livre) diferentes da sua escolha.

JG sente dificuldades de socialização com alguns utentes de fórum sócio ocupacional da instituição de solidariedade social onde se encontra inserido; estas dificuldades de socialização são para si uma fonte de preocupação e angústia, afetando-o: “gostaria de melhorar o meu relacionamento com os outros” [sic]. Face a este sentimento, sente o desejo de mudar. Tem motivação para mudar, gostaria de compreender porque tem dificuldades de relacionamento, e ao mesmo tempo demonstra grande resiliência considerando a sua história de vida.

Segunda sessão - Refere um sentimento de tristeza e de perda pelo falecimento recente de um amigo de longa data, que muito estimava, de quem guarda boas memórias e de que sente falta.

Apresenta dificuldades de adaptação e de cumprimento do novo horário de atividades diárias proposto pela instituição, esforça-se por estabelecer o compromisso de cumpri-lo, mas nem sempre com sucesso. Refere que foi por falta de entendimento que não o conseguiu interpretar, ou perceber as alterações do horário das atividades diárias. Assume sem dificuldade ou resistência a culpa e a perturbação que isso provocou no normal funcionamento das atividades da instituição, dizendo que vai esforçar-se para melhorar.

Inicia as aulas de judo, no sentido de retomar a atividade desportiva e o objetivo de perder peso. Demonstra possuir uma atitude crítica para a sua mudança, motivação e desejo em atingir objetivos

Terceira sessão - JG apresenta sentimentos de inferiorização social e de desvalor mediante a permanente comparação que faz entre si e os seus primos “eu sinto-me complexado por não terido à tropa, por não poder casar; sinto-me diferente em comparação aos meus primos, porque eles têm a vida deles organizada e eu não...é por isso que eu me sinto assim” [sic]. JG não se sente um entre iguais, sente que ficou aquém das pessoas que admira, que são um referencial para si e com as quais se identifica, com o seu *self* desejado.

JG mostra motivação e investimento em adaptar-se ao contexto sistémico onde se insere, é resiliente e construtor de uma tendência atualizante constante; envolve-se e participa nas atividades em que é convidado a envolver-se, fazendo-as com prazer.

Quarta sessão - JG sente-se angustiado por não conseguir cumprir o objetivo a que se propôs de perda de peso, sente-se mal com o seu corpo, não se reconhecendo com a imagem que tem. Sabe que deve investir mais no cumprimento deste objetivo, não só pelo reconhecimento de autoimagem que pretende alcançar, como também devido a uma questão de saúde, pois pesa atualmente 115 Kg pretendendo alcançar a meta de 85 Kg.

Castiga-se emocionalmente por ter sido pouco cuidado com a alimentação e por ter chegado a um peso de 115 Kg, revela baixa autoestima e tenta empenhar-se em desenvolver estratégias de *coping* no sentido de reverter este quadro, chamando a si o comando e o controlo daquilo que depende unicamente de si “Eu sinto-me pesado sabe? Eu devia perder no mínimo uns 30 Kg...eu durante este fim de semana até fui fazer uma caminhada” [sic]. Tem crítica sobre este assunto e refere que quanto mais investir no cumprimento deste objetivo, mais

resultados obterá. Esforçando-se por manter ativo esse desejo, em concomitância refere “e também fui ao judo” [sic].

Num tom mais positivo, sente-se satisfeito de ser mais respeitador dos gostos musicais dos colegas, não ouvindo em alto volume um estilo musical que apenas ele aprecia (*heavy metal, trash metal, dark metal*), e sente que tal comportamento leva a ser melhor aceite pelos outros. Como os dias estão a ficar maiores e com melhor clima, aprecia passar tempo fora de casa em jardins e ao ar livre, com amigos, o que o faz sentir-se mais acolhido, melhorando assim também um pouco a sua autoestima.

Quinta sessão - Volta a manifestar como seria importante para si construir um projeto de vida rumo à sua autonomia e à gestão de objetivos relacionados com a constituição da sua própria família, trabalhar e ter filhos, que lhe tem sido inacessível alcançar devido à sua mãe “É que eu gostava de ser casado, de ter filhos e de trabalhar...mas a minha mãe não deixa” [sic].

Sexta sessão - Sente-se receoso relativamente ao futuro pois os pais (ambos) têm idade avançada. Teme que estes possam morrer, face à dependência que tem deles, sempre associada ao quadro clínico que o acompanha, JG não sabe como encarar o futuro quando este o surpreender, face à estrutura protetora que o acompanha desde que nasceu. Sente que não está preparado para esse evento e que pode, em qualquer altura, ser colocado à prova. Não sabendo como reagir face a essa adversidade, teme o futuro com angústia. Face à permanente retirada de autonomia que sempre foi sujeito, JG sente-se desprotegido relativamente ao futuro, expressando desesperança relativamente ao futuro. Tentando lutar contra o sentimento de incerteza face ao futuro, constrói o desejo de ser integrado como utente residente na instituição onde se encontra atualmente em regime de fórum sócio ocupacional.

JG mostra-se satisfeito de ter comemorado o seu aniversário com a família mais próxima e tios, e de ter recebido dinheiro que lhe permite ir numa viagem de lazer com outros utentes, organizada pela instituição. Relativamente a medidas para controlar o seu peso, refere que fez uma caminhada e praticou judo, e considera que não vai fazer mais do que isto por semana. Acaba por reconhecer que os desejos que quer obter e os comportamentos que tem para os alcançar, não são os mais adequados, tem análise crítica para o compreender, mas não tem motivação suficiente para alterar mais os seus comportamentos.

Sétima sessão - JG esforça-se por cumprir o desejo de perda de peso, sabe que é com empenho que alcança os objetivos que traçou, apresentando-se envolvido, empenhado e motivado. Sabe que a obtenção deste sucesso só depende de si e do seu *locus* de controlo.

Apresenta boa análise crítica do que se passa consigo, mas a motivação para agir e manter os comportamentos desejados não se encontra estabilizada.

Oitava sessão - Mostra confiança e orgulho nos resultados que está a obter com a perda de peso “Sabe que eu já comecei a fazer as caminhadas de que falámos na semana passada? Eu agora ando a pé todos os dias” [sic]. Percebe como isso o tem ajudado na construção da sua autoestima e na sua relação com os pares; a aquisição de pequenos resultados que tem atingido sozinho, tem um efeito muito importante na estima de si que JG começa a adquirir “Até acho que estou com menos barriga” [sic].

Sente-se grato com as sessões de acompanhamento psicológico individual que tem usufruído, partilhando que se sente acompanhado e acolhido das suas dificuldades; que tem sido um suporte de apoio importante para si “Sinto-me agradecido por aquilo que tem feito por mim, por me ouvir todas as segundas-feiras e por me entender, sinto-me acompanhado” [sic].

Adquire ao longo das sessões a confiança nas suas capacidades, aprende que a tolerância é um sinónimo de maturidade e temperança, passando a aceitar que podem existir opiniões diferentes da sua sem que isso seja sinónimo de afronta ou de discórdia “Sinto-me mais paciente e capaz de aceitar opiniões diferentes da minha, estou mais tolerante com os outros” [sic].

Sente que a sua relação entre pares melhorou, que esta mudança resulta de um investimento individual que fez e que isso faz com que se sinta bem, aceite, inserido num grupo e acolhido entre aqueles que o rodeiam “A minha relação com os outros utentes está completamente diferente, eu estou diferente para melhor” [sic].

Esforça-se por investir em hábitos de autocuidado, tende a ser mais empenhado no cumprimento de hábitos de higiene que reforçam a sua autoestima e autoimagem, readquire de forma autónoma o desejo de manutenção destes gestos com os quais de passou a identificar e com os quais se sente bem. Sente-se em sintonia e em comunhão com o percurso que tem feito no sentido de reforçar a sua estima de si “Olhe eu agora já tomo banho dia sim, dia não; passei a lavar os dentes de manhã e à noite; e também passei a usar *roll-on* todos os dias” [sic].

Nona sessão - Tenta adquirir hábitos de higiene de sono, tendo maioritariamente um cronotipo vespertino e desregulado; não tem hábitos de sono definidos; vê séries de televisão de forma continuada, acabando por adormecer pela madrugada, facto que faz com seja difícil para si acordar cedo e cumprir horários. Apresenta crítica sobre este assunto e sabe como é importante procurar regular este comportamento no sentido de assumir o compromisso de chegar a horas ao part-time, atrasando o seu trabalho e hora de saída e consequentemente atrasa-se para fórum sócio ocupacional. Neste hiato temporal diário, assume que não consegue resistir à compulsão de alimentos (bolachas, batatas fritas, bolos, refrigerantes), o que não contribui para o cumprimento da sua dieta nem para o seu objetivo de perda de peso, assume que isso se

reflete nos resultados que se propõe alcançar e que representa um revés no investimento e no compromisso que assumiu alcançar. Assume que se sente culpado, desiludido, desgostoso consigo próprio por não conseguir resistir.

Décima sessão - É diagnosticado com a doença diabetes tipo II, facto que o preocupa e assusta, passando a tomar medicação injetável semanalmente. Sente o peso da culpa por ter chegado a este limite “é que eu sou o principal responsável por isto tudo, a culpa é toda minha” [sic]. O sentimento de culpa é-lhe introjetado pela mãe e pela irmã que o responsabilizam de ter atingido este grau de doença “a minha mãe e a minha irmã dizem-me que o culpado disto tudo, sou eu” [sic].

Procura a desejabilidade social que o acompanhamento psicológico individual lhe confere e a validação do psicólogo estagiário, entende que se encontra num espaço de liberdade e de não julgamento, de confiança que lhe permite falar sem reservas e que isso, para si, é bom, faz-lhe sentido, e onde é aceite “eu gosto tanto de falar consigo. Sinto-me bem, aquilo que me diz faz sentido...e o Dr. Luís fala comigo de maneira diferente” [sic].

.

III Parte

DISCUSSÃO

3.1. Caso 1 – JP

Desde o período intrauterino até o presente momento, JP tem enfrentado diversos traumas que impactam a realização de seu potencial como indivíduo. Apesar disso, demonstra uma tendência atualizante, e resiliência permanente e uma vontade constante de se adaptar ao ambiente ao seu redor, procurando incessantemente uma autorrealização que permita o desenvolvimento máximo de suas potencialidades e capacidades. As suas dificuldades iniciam-se no nascimento, que teve complicações, envolvendo o uso de fórceps devido a um parto distócico, resultando em lesões cerebrais significativas devido a um acidente perinatal. Criado com o cuidado da sua avó paterna e mãe, JP, desde cedo, apresentou baixa autoconfiança e autoestima devido às suas limitações visuais, cognitivas e motoras, embora nunca tenha passado por avaliações psicométricas formais que confirmem esses diagnósticos. Apesar de ter sido identificado precocemente um déficit cognitivo, a avaliação realizada durante o estágio não detetou o mesmo, antes revelando capacidades cognitivas dentro da média para o seu grupo etário e a necessidade de estímulo constante (gosta de ouvir as notícias no rádio e de estar atualizado).

JP relata uma infância em que não se sentiu amado pela família, percepcionando-se como prescindível e enfrentando a falta de apoio emocional e afeto (trauma nas suas potencialidades). Nasceu numa família desfavorecida financeiramente, pais sem escolaridade e com o hábito de consumir álcool regularmente, JP testemunhou episódios de violência doméstica desde cedo. Esta combinação de fatores desfavoráveis não proporcionou a JP um ambiente propício ao seu desenvolvimento saudável e seguro. No entanto, a sua tendência atualizante permitiu-lhe desenvolver e adaptar ao máximo as suas capacidades individuais em direção à autorrealização.

Atualmente, JP mantém interações pontuais com a família, mas o seu relacionamento com a curadora (sua irmã) revela um envolvimento limitado e por vezes infantilizado. O utente sente-se sem controlo sobre decisões importantes na sua vida, como poder participar em atividades que valoriza, devido à falta de apoio da sua curadora / irmã. Isso fá-lo sentir-se desvalorizado e inferiorizado.

JP lida com a procura constante de validação entre os colegas, temendo a rejeição devido à sua história de desvalorização. Ele procura dissociar-se da imagem construída ao seu redor e ambiciona assumir um controlo mais ativo sobre as suas decisões. O contato com a irmã, mesmo por telefone, evoca traumas e sintomas resultantes das condições de valor excessivas a que foi exposto.

Quanto à sua interação com o grupo, JP evita situações de conflito, preferindo passar despercebido em momentos de agitação. Não se identifica com os colegas, tendo dificuldades em se sentir verdadeiramente incluído, e demonstra a necessidade de investir mais nas relações interpessoais, procurando a aceitação e evitando a rejeição. Apesar das adversidades e traumas nas suas potencialidades, JP mostra-se empenhado na procura pela desejabilidade social e validação entre os seus pares e profissionais da instituição (tendência atualizante).

JP enfrentou um desenvolvimento psicoafetivo pouco adaptativo desde cedo, marcado por traumas e condições desfavoráveis. No entanto, a sua tendência atualizante, permanente desejo de adaptação e resiliência levaram-no a desenvolver mecanismos de adaptação e superação. Os traumas, resultantes do seu contexto biopsicossocial e as condições de valor a que esteve continuamente sujeito embora desafiadores, proporcionaram oportunidades para o seu crescimento e atualização constante das suas potencialidades.

Atendendo à sua história clínica e aos resultados evidenciados pela avaliação psicológica realizada, considero que a psicoterapia seria uma experiência certamente frutífera para o utente. A abordagem centrada na pessoa de Rogers (2003) enfatiza o indivíduo como o principal agente no processo de mudança. Utilizei o seu modelo teórico da personalidade e do comportamento para compreender os casos clínicos apresentados. É importante reconhecer que o campo fenomenológico e o mundo experiencial de cada pessoa são privados e só podem ser compreendidos autenticamente pelo próprio indivíduo. O papel do psicólogo é possibilitar que o indivíduo tenha consciência desses processos, que compreenda as motivações dos seus comportamentos e que opte por comportamentos que maximizem a sua maturação, para atingir o melhor que pode ser como pessoa. Na abordagem centrada na pessoa, o psicólogo deve estar presente para, que é o fundamento base da função do terapeuta: ser para o cliente um companheiro, proporcionando-lhe no momento em que busca os aspetos mais íntimos do seu ser e experiencia uma relação verdadeira, segura, compreensiva, e de companheirismo, tornando aquele momento muito mais confortável e seguro para o cliente (Rogers & Russel, 2002).

O hábito que JP revela de estar a par das notícias, ouvir música e ler livros são bons estímulos para a sua capacidade cognitiva e de poder interagir com os outros utentes de fórum sócio ocupacional e residência, pelo que ter acesso a um tablet ou computador, com app para ler jornais, poderá ser um bom contributo para a sua saúde mental e sensação de bem-estar. Vários estudos indicam que o facto de uma pessoa institucionalizada se manter a par das notícias (Kang et al., 2019), e ler as notícias em formato digital é uma tendência em crescimento

(Nayan et al. 2018), possibilita uma forma eficaz de iniciar a comunicação com os outros, levando ao desenvolvimento de amizade entre adultos, contribuindo assim para a sensação e bem-estar.

O utente reconhece que o seu comportamento influencia a forma como os outros se relacionam com ele, tanto de forma negativa como positiva. Como expressa o desejo de que o relacionamento com os outros seja positivo, tem apresentado comportamentos que ajudam a que tal aconteça, e compreende que há que continuar a alterar o seu comportamento no sentido de realizar mais tarefas corretamente. O comportamento é, sobretudo, o esforço dirigido a um fim do organismo para satisfazer as suas necessidades, tal como as experimenta no campo percecionado (Rogers, 2003). Por outro lado, essa alteração implica que tenha mais trabalho fisicamente, o que não é do seu agrado. Seria importante continuar a trabalhar com o sujeito até que este tome consciência de que o balanço entre ter mais trabalho e o relacionamento com os outros ser mais positivo, deve pender mais para reforçar o relacionamento positivo com os outros, pois desta forma obterá um *self* mais robusto, como evidenciado na preposição da teoria explicativa do comportamento de Rogers (2003). 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 consistente de percepções, de características e relações do “eu” ou de “mim”, juntamente com valores ligados a esses conceitos.

3.2. Caso 2 – JG

Em virtude do acesso à informação clínica do utente não me ter sido permitida pela responsável da unidade de fórum sócio ocupacional, é-me limitada a possibilidade de construir uma análise tão completa quanto desejável. JG refere que não foi avaliado psicológica ou psicometricamente; com o seu parco conhecimento diz que se insere num quadro clínico de ideação persecutória; epilepsia; déficit cognitivo; o que carece de confirmação. Mesmo não tendo acesso a informação clínica que corrobora o déficit cognitivo, na história clínica recolheu-se informação de que não obteve sucesso no ensino regular, acabou por fazer a escolaridade num colégio que apoiam alunos com necessidades educativas especiais, de onde saiu com o 9º ano aos 18 anos de idade. Pelo exposto, seria desejável que JG tivesse apoio individualizado para desenvolver as capacidades cognitivas, nomeadamente em termos de estratégias de psico-educação.

JG apresenta elevado índice de massa corporal, sente-se mal com o seu excesso de peso, e ao longo das sessões reconhece que tem responsabilidade em ter chegado a este estado, e que

é ele que tem que alterar comportamentos para que possa reduzir o seu peso. Pesquisas mostram que o excesso de peso tem prevalência maior na população com perturbações mentais em comparação com a população geral (Ells et al., 2006), sendo vários fatores apontados como possível explicação para este facto, mas que é possível adotar comportamentos para combater esta tendência.

JG enfrenta desafios significativos relacionados com o ganho de peso, impactando negativamente na sua autoestima. Procura em si os recursos internos que lhe permitem alcançar a tendência atualizante, expressa determinação em melhorar a sua autoimagem, valorizar-se mais como pessoa e gostar mais de si; refere que gostaria de ser autónomo, de ter controlo sobre a sua vida e ser menos dependente da figura materna (*self ideal*); procura reverter o descontentamento que sente em relação a si mesmo que resulta das condições de valor a que é sujeito e que condicionam as suas potencialidades, sendo geradoras de traumas, que se expressam no *self real*.

A falta de progresso em alcançar os seus objetivos gera em JG um trauma que se reflete no seu cotidiano. Existe uma discrepância entre como ele se percebe e que não gosta (*self real*) e como deseja ser, especialmente quando se compara com os seus primos (*self ideal*). Para evitar conflitos diretos com a sua mãe e a não realização de seus desejos, JG desenvolve mecanismos adaptativos e estratégias de *coping* que evitam confrontos, mesmo que isso signifique suportar mais um conflito prejudicial para si e mais um trauma nas suas potencialidades.

JG apresenta uma baixa auto-estima, e a interação com a família não é ajudadora, sendo maioritariamente no sentido de lhe retirar poder de decisão. “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 consistente de percepções, de características e relações do “eu” ou de “mim”, juntamente com valores ligados a esses conceitos” (Rogers, 2003). Desta forma, JG necessita construir o seu *self* numa base diferente da que a família lhe transmite, para conseguir continuar o seu percurso de maturação de uma forma mais saudável.

Para além de JG apresentar baixa autoestima, demonstra pouca resistência à frustração. Os confrontos com os seus pares frequentemente resultam em ofensas profundas à sua autoestima, levando a reações dramáticas, como chorar e perder o controlo, sendo necessário o suporte dos técnicos para acalmá-lo. JG sente que são impostas condições de valor que não compreende, mas esforça-se para cumpri-las em busca de aceitação e validação social.

JG procura constantemente a máxima atualização de suas potencialidades, apesar das condições e julgamentos adversos. Ele aspira a um *locus* de controlo interno, mas isso é-lhe frequentemente impedido pela sua mãe, limitando o seu progresso. JG deseja aliviar o peso emocional associado aos seus hábitos alimentares, mantendo-se resiliente, determinado e autónomo nas suas decisões. JG enfrenta desafios impostos por condições de valor excessivas que, sendo geradoras de angústia e ansiedade no presente, limitam-no na sua autonomia, autoestima e desenvolvimento pessoal, hoje e no seu futuro. Teme o dia em que os pais faleçam e como isso possa ser desorganizante no seu suporte social, sentindo incerteza no futuro e receio da solidão. Demonstra dinamismo na tentativa de construir a sua autonomia, vida social e amorosa, procurando a satisfação das suas necessidades básicas e organísticas.

Em resumo, JG vive num contexto biopsicossocial que oferece condições mínimas para sua atualização, que lhe impõe excessivas condições de valor que limitam a sua autonomia. Apesar disso, demonstra resiliência e uma procura contínua pela atualização das suas potencialidades, embora a sua motivação varie ao longo do tempo. O *locus* de controlo predominantemente externo dificulta a manutenção da motivação para alcançar os seus objetivos, como evidenciado pela dificuldade em manter atividades profissionais e o compromisso em manter a prática de exercício físico. O quadro de ideação persecutória mencionado por ele pode contribuir para a predominância do *locus* de controlo externo.

Propõe-se a continuação de sessões de acompanhamento psicológico individual com o propósito de promover a crítica do utente para a aquisição de hábitos saudáveis para a saúde, higiene e compulsão alimentar; melhoria da sua autoestima e autoconceito; e construção de um caminho para a sua autonomia, que se manifesta débil devido em grande parte à figura maternal.

3.3. Prática Clínica

A atividade de estágio realizada na prática clínica da instituição foi bastante variada, e permitiu obter desde uma visão mais abrangente desta prática, nomeadamente nas reuniões de equipa multidisciplinar, até uma visão mais específica, no acompanhamento de um grupo de residentes num dos apartamentos.

Foi bastante enriquecedora a aprendizagem realizada nas equipas multidisciplinares, uma vez que permitiu que compreendesse que a mesma situação / caso é vista de forma diferente consoante a base académica do interveniente, e que a abordagem ao caso e proposta de intervenção é também diferente, uma vez que cada profissional aborda a situação / caso no âmbito da sua *expertise*, e por vezes há perspetivas de outro âmbito que podem ajudar mais

rapidamente, de forma duradoura, do que aplicando soluções com base em apenas uma abordagem. O facto de vários profissionais de disciplinas diferentes discutirem e acordarem a intervenção em casos específicos, leva a que todos beneficiem desta abordagem: os utentes e os profissionais.

As várias atividades realizadas no âmbito de apoio aos utentes da instituição, e de organização de eventos da instituição, possibilitou que compreendesse melhor o funcionamento geral de uma instituição como aquela em que estagiei. É realmente necessário haver uma equipa multidisciplinar, e vários elementos encarregues de atividades específicas, mas tal não invalida que haja tarefas de âmbito mais global em que todos podem colaborar, caso da organização de atividades festivas ou de apoio na contabilidade e gestão financeira da instituição, ou que se tenha que intervir em situações que não exigem ser um psicólogo a realizar, como acompanhar um utente ao hospital em situação de emergência médica, a uma consulta de acompanhamento médico programado, ou acompanhar o utente na realização de meios complementares de diagnóstico, como ecografias ou consultas em regime de ambulatório. A realização de todas estas atividades, ao longo do estágio, permitiram-me que sentisse que fazia parte da equipa da instituição, facilitando o meu acolhimento e integração na equipa global da instituição.

O acompanhamento mais próximo de um grupo de utentes, residente no mesmo apartamento da instituição, proporcionou-me muitos momentos de aprendizagem. O acompanhamento diário do mesmo grupo permitiu-me ver como cada elemento se relaciona individualmente e entre pares, uns com os outros, como cada utente vê os outros, como reage, como percebe os outros e as situações, como interpretam a realidade à sua volta. Esta tomada de consciência ajuda também a que, como psicólogo em acompanhamento clínico de casos individuais, compreenda melhor algumas situações / interpretações relatadas, uma vez que no acompanhamento clínico só temos a interpretação que o utente nos fornece, mas podemos compreender melhor como na realidade as situações podem ter ocorrido.

O acompanhamento diário do grupo de utentes na sua residência permitiu-me também compreender melhor cada um deles como uma pessoa no seu todo. Como psicólogo clínico, é natural que o foco seja nas funções cognitivas, na expressão das emoções, como se reage face a situações adversas, e neste acompanhamento diário é notório como a vida total, as atividades do dia a dia, podem ser afetadas pelo facto do utente ter uma (ou mais) perturbação psicológica crónica, e também o relacionamento com os outros, tornando-se evidente as dificuldades que estes utentes têm para se reintegrar na sociedade, lutarem contra o estigma social que os acompanha e de serem aceites, aportando valor à sociedade e serem cidadãos ativos.

IV Parte

Conclusão

4.1. Intervenção Psicológica

Uma primeira aprendizagem que realizei quando propus fazer acompanhamento psicológico, prende-se com o facto ser difícil propor fazer algo diferente numa instituição com alguma dimensão, uma vez que não está institucionalizado fazer-se este acompanhamento individual aos utentes desta instituição de solidariedade social. Há que sustentar este tipo de pedidos com argumentos e evidências substanciais, e ser consistente e acompanhar permanentemente este tipo de pedidos, junto das pessoas certas (pontos de decisão da instituição) para que se consiga alterar algum procedimento.

Ao fazer o acompanhamento de dois casos, em unidades diferentes da mesma instituição, apercebi-me de que nem todas funcionam da mesma forma, e que a comunicação entre as diferentes unidades também não se realiza em todos os níveis da mesma forma. Além disso, quando um utente passa de uma instituição para outra, nem sempre o processo do utente é disponibilizado na sua totalidade aos profissionais que lidam com o utente. Por outro lado, nesta instituição, numa das unidades em que estagiei, e só nessa, o processo clínico do utente que se encontrava em acompanhamento psicológico individual foi-me inacessível. Apesar de referir que a gestão da informação que daí recolhesse, assim como o seu acesso era unicamente para fins académicos, e que me encontrava ao abrigo do dever ético e de confidencialidade a que estamos sujeitos pelo código deontológico de profissão, redigido pela ordem dos psicólogos portugueses, por decisão de um responsável desta unidade de resposta da instituição, foi-me impossível o acesso ao dossier clínico do utente que acompanhei. Foi-me referido que o acesso de todos os dossiers clínicos dos utentes desta unidade, e só desta, se encontram circunscritos a um grupo excessivamente restrito de elementos a que mais ninguém tem acesso. Tal situação, apesar de limitadora, levou a que tivesse de construir a história clínica com o utente, nas primeiras sessões, pois faltavam elementos importantes para compreender o seu contexto ecológico, a sua história até chegar a mim, assim como compreender o percurso e o utente como pessoa na sua totalidade.

Por outro lado, esta mesma situação permitiu-me que realizasse de raiz a história clínica, e também a avaliação psicológica de um dos utentes, contribuindo assim para a minha aprendizagem e crescimento como psicólogo clínico. Além disso, ficou bastante claro que há vários elementos / informações sobre o utente, recolhidos sem ser apenas junto do mesmo, que auxiliam bastante ver o utente como uma pessoa na sua globalidade, e não apenas na forma como o mesmo se apresenta.

O acompanhamento psicológico individual realizado permitiu que aplicasse a abordagem humanista, e verificasse que na prática nem sempre é fácil dar as melhores respostas de compreensão empáticas e/ou evitar algum questionamento ou orientação do que

o utente deve fazer. A minha atuação como psicólogo clínico de abordagem humanista foi melhorando, graças à prática semanal e apoio da orientadora de estágio na instituição, com as reuniões individuais especificamente para apoio do acompanhamento psicológico.

Pelas razões apresentadas, penso que seria benéfico que cada utente tivesse um processo individual bastante completo, e que toda esta informação o acompanhasse quando muda de instituição ou é acompanhado individualmente, por forma a que os profissionais que intervêm no seu caso tenham acesso ao historial do mesmo utente; e salvaguardando o direito à privacidade, naturalmente.

4.2. Objetivos do Estágio

Objetivo geral: Desenvolvimento das competências do psicólogo e da capacidade de intervir mediante a relação de ajuda, avaliação de necessidades, aplicação de testes e medidas psicométricas, avaliação e comunicação dos resultados obtidos.

Objetivo específico: Trabalhar as capacidades da pessoa que tem doença mental grave, no sentido de promover a manutenção ou desenvolvimento das suas competências cognitivas, de regulação emocional, autorregulação e autocontrolo, reforçando assim no sujeito mecanismos de autocuidado, autoconfiança e estima de si.

De uma forma geral, posso afirmar que os objetivos propostos foram atingidos. Tive oportunidade de desenvolver competências de psicólogo e da capacidade de intervir numa relação de ajuda, tanto ao nível da prática clínica como na intervenção psicológica individualizada. Tive oportunidade de aplicar os testes Matrizes Progressivas de Raven e Questionário de Análise Clínica (CAQ), fazer a sua avaliação, e comunicar ao utente os seus resultados. Tive também oportunidade de promover o desenvolvimento de algumas competências cognitivas e emocionais junto dos utentes, por forma a conseguirem regular melhor as suas emoções e comportamentos, nomeadamente em realizar regularmente as suas atividades de vida diárias, fazer a sua higiene pessoal, melhorar as interações com os outros utentes.

O desenvolvimento de competências como psicólogo clínico, no entanto, não terminou. Estas competências devem ser desenvolvidas e mantidas através da prática regular, da discussão de casos com pares, pelo que o caminho está apenas no início; seguem-se o estágio profissional, outras formações, e prática clínica regular, caminho que pretendo continuar a percorrer.

Por conseguinte, considero que a instituição de estágio curricular tem uma importância vital para o futuro psicólogo, uma vez que é um espaço em que o desenvolvimento destas

competências se começa a fazer com o apoio de duas instituições: a do ensino e a do estágio. Tal apoio é muito importante para se começar a fazer a prática, para se conseguir fazer o desenvolvimento sustentado.

No entanto, gostaria também de referir alguns constrangimentos ou limitações. No meu caso específico, propus realizar acompanhamento psicológico individualizado a dois utentes da instituição, o que não é um procedimento instituído na organização, e que me levou a um processo de pedido especial, que não é fácil / rápido de resolver. Uma vez que sou um pouco mais velho do que a maioria dos estagiários de mestrado, e já tenho alguns anos de experiência como profissional numa grande organização, este processo foi realizado e obtive os frutos do mesmo em tempo útil, mas seria muito difícil para um estagiário sem qualquer experiência de trabalho numa organização. Por conseguinte, talvez fosse útil que na Universidade fosse possível o desenvolvimento de competências de como trabalhar numa organização com alguma dimensão, para que estes processos sejam um pouco mais facilitados quando se chega ao estágio.

Posso referir que o processo de aprendizagem no estágio foi de extrema importância e que a sua frequência, sendo pertinente faz todo o sentido. O contato com os utentes; as reuniões de equipa interdisciplinar; a discussão dos casos; o apoio de supervisão de orientador de local de estágio foram muito enriquecedores para mim enquanto futuro psicólogo e de extrema importância para a realização do presente relatório. Desde cedo percebi que o trabalho a desenvolver na instituição, face às suas necessidades e apesar de imensamente enriquecedor pode ser distinto do trabalho que se realiza num consultório de psicologia; percebi que o utente traz consigo a sua história e que tem o seu tempo, que as expectativas que alocamos no processo de recuperação de cada utente devem ser adequadas à sua realidade. Dei importância à aquisição, à mudança e a conquista de pequenos progressos no acompanhamento psicológico individual de ambos os utentes que acompanhei, valorizei-os como pequenas vitórias.

Senti o quão gratificante foi experienciar a abordagem humanista durante o estágio, imbuído deste modelo teórico apliquei-o em todas as possibilidades que me foram permitidas usá-lo, a manutenção das seis condições, o respeito e confiança nas capacidades de cada utente, a relação que se constrói durante o processo terapêutico; experienciei a importância da condição de contacto psicológico e como esta se estabelece, como as reformulações de contacto, funções de contacto, e comportamentos de contacto, são fundamentais para a comunicação entre o terapeuta e o utente.

Entendi como a abordagem humanista e a condição de contacto psicológico podem ter um impacto de enorme dimensão no bem estar e na vida dos utentes que tive o privilégio de acompanhar.

A existência da instituição onde estagiei faz todo o sentido ser uma realidade e a sua missão junto da população onde intervém, é muito importante. A perturbação mental grave em Portugal tem vindo a receber a partir de 2012 cada vez mais a atenção que merece por parte dos governos da república e da sociedade, sendo assumido o seu acompanhamento como essencial e prioritário.

O processo de desinstitucionalização do indivíduo com doença mental dos hospitais psiquiátricos e a sua integração em soluções existentes na comunidade tem-se mostrado positivo, incrementando a qualidade de vida e o equilíbrio mental destas pessoas. Esta mudança vem operar nos indivíduos a aquisição de novas competências, que lhes permitem sentir-se mais úteis, valorizados e integrados na sociedade; com esperança no futuro, minorando o estigma e a exclusão social.

Referências Bibliográficas

- Abdullah, H., Shahul, H., Hwang, M., Ferrando, S. (2020). Comorbidity in Schizophrenia: Conceptual Issues and Clinical Management, *Focus*; 18(4), 386–390. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200026>
- Almeida, L., Diniz, A.M., Pais, L.G. & Guisande, M.A. (2006). A avaliação psicológica na prática dos psicólogos: As provas psicológicas usadas em Portugal. In C. Machado. L.S. Almeida M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.). *Actas do Congresso Internacional “Avaliação Psicológica: Formas e Contextos”* (Vol. XI, pp. 1091-1097). Psiquilíbrios.
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American psychological association* (7th ed.). APA.
- American Psychological Association (APA). (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Barros, P.P. (2009) *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos*. Almedina.
- Brodley, B. T. (1998). Carl Rogers: Case study of applying his work. In S. T. Kirschner & J. F. Kirschner (Eds.), *The legacy of Carl Rogers* (pp. 103-116). Brooks/Cole.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 56-63. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277740>
- Brown, A. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 93(1), 23-58., ISSN 0301-0082. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2010.09.003>.
- Cade, J. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Medical Journal of Australia*, 2, 349–352. 10.1080/j.1440-1614.1999.06241.x
- Cardoso, G., Papoila, A., Tomé, G., Killaspy, H., King, M., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Living conditions and quality of care in residential units for people with long- term

- mental illness in Portugal—a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0743-7>
- CHPL - Centro Hospitalar Psiquiátrico Lisboa. (2023). Residências autónomas na comunidade.
<https://www.chpl.min-saude.pt/>
- Comissão Europeia. (2005). *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Comissão Europeia
- Corey, G. (2012). *Student manual for Corey's theory and practice of counseling and psychotherapy*. Brooks/Cole Cengage Learning.
- Correia, D. (2013). *Manual de psicopatologia*. Lidel
- Costa, F. (2020). *Como adoecem os portugueses: Saúde, estilos de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos,
<https://www.pordata.pt/publicacoes/livros/como+adoecem+os+portugueses+-187>
- Coutinho, M., & Almeida, L. (1991). CAQ: *Questionário de Análise Clínica*. CEGOC
- Cronbach L J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16, 297-334,
- Cunha, J.A., et al. (2007). *Psicodiagnóstico-V*. Artmed
- Davis, J., Adams, P., & Mitchell, K. (2016). Promoting autonomy and independence in individuals with degenerative mental illness: A multidisciplinary approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 35(3), 180-195.
- DL nº 36/1998, de 24 de julho, retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/36-424762>
- DL nº113/2021, de 14 de dezembro, retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de Novembro (DR 2014).
- DGS (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção-Geral da Saúde.
http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- DSM-V (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. American Psychiatric Association

- Ellingham, M. (2011). *The core conditions of empathic understanding, congruence and unconditional positive regard and their relationship with therapeutic change in clients receiving counselling and psychotherapy*. University of Birmingham.
- Ells, L., Lang, R., Shield, J., Wilkinson J., Lidstone J., Coulton S, Summerbell, C. (2006). Obesity and disability - a short review. *Obesity Reviews*. 7(4):341–345. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00233.x>
- Fazenda, Isabel. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi Editores
- Ferreira, J., & Bertão, A. (2017). A metodologia de investigação-ação participativa na reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental. *Sensos-e*, 4(1), 79-87. <https://doi.org/10.34630/sensos-e.v4i1.2543>
- Garcia, D. (2001). Avaliação psicométrica de uma escala de traços de personalidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(3), 285-313.
- Gelfand, G., Walker, C. J. & American Psychological (sd). *Mastering APA style : Instructor's resource guide*. APA.
- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., & Borges, M. (2017). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. [http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13)
- Harrison, P., Cipriani, A., Harmer, C., Nobre, A., Saunders, K., Goodwin, G., Geddes, J. (2016). Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1366 (1), 76-89. <https://doi.org/10.1111/nyas.13048>
- Hipólito, J. (2011). *Falemos de Psicologia: Uma reflexão sobre os modelos da psicologia do século XX*. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Holanda, L. L. (2009). A escuta psicoterapêutica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(4), 307-312.
- Hutz, C. S. (2015). *Avaliação psicológica: fundamentos da medida psicológica, avaliação psicológica e interpretação de dados*. Artmed Editora.

- ICD-11 (2022). *International Classification of Diseases 11th Revision: the global standard for diagnostic health information*. World Health Assembly. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Johnson, E., Anderson, L., & White, M. (2017). The Impact of Community-Based Rehabilitation on Individuals with Chronic Mental Illness: A Longitudinal Study. *Journal of Community Psychology*, 29(1), 78-92
- Kang, K., Hu, J., Hengeveld, B., Hummels, C. (2019). Augmenting public reading experience to promote care home residents' social interaction. In *Proceedings of the 2019 ACM International Conference on Interactive Experiences for TV and Online Video (TVX '19)* (pp. 184–192). ACM. <https://doi.org/10.1145/3317697.3325128>
- Laursen, T., Munk-Olsen T., Vestergaard M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 25 (2): 83–88. 10.1097/YCO.0b013e32835035ca
- Laursen, T., Nordentoft, M., Mortensen, P. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425-448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>
- Leff, J. (2000). *Cuidados na comunidade*. Climepsi Editores
- López-Muñoz F, Shen WW, D'Ocon P, Romero A, Álamo C. (2018). A history of the pharmacological treatment of bipolar disorder. *International Journal of Molecular Sciences*. 19(7):2143. <https://doi.org/10.3390/ijms19072143>
- Marques, S.; Pais-Ribeiro, J. L.; Lopez, S. (2008). Estabilidade temporal das escalas de esperança para crianças e de satisfação com a vida para estudantes, *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 245-252, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.12/1080>
- Martins, M., Pereira, J., & Mendes, D. (2014). Reevaluating mental health care in Portugal: The need for a patient-centered approach. *Health Policy and Planning*, 22(2), 85-98.
- Mearns, D. (2003). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. Sage.
- Moreira, V. (2010). A história da psicologia e as origens da Terapia Centrada na Pessoa. *Revista Portuguesa de Psicoterapia*, 9(35), 41-51.

- Nayan, L., Othman, S., Tiong, L., Hasan, N. (2018). Reading motivation of online news among youth in sub-urban area. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(8), 700–709. <https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v8-i8/4626>
- Noronha, A. P. P., & Alchieri, J. C. (2004). *Avaliação psicológica: conceitos, métodos e instrumentos*. Artmed Editora.
- Oliveira, A., & Costa, P. (2012). Overcoming stigma and promoting community reintegration for individuals with chronic mental illness. *Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 28(3), 150-165.
- OMS Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental - Nova concepção, nova esperança*. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código deontológico do psicólogo*. OPP. https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico
- Ornelas, José et al (2005). *Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. AEIPS Edições
- Patel, K., Cherian, J., Gohil, K., Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: Overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*. 39 (9), 638-645. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159061/>
- Petrea, I.; McCulloch, A. (2013) Mental Health, In J. Mackenbach & M. McKee (Eds) *Successes and failures of health policy in Europe* (pp. 193-213), McGraw-Hill Education
- PNSM (2008). *Plano nacional e saúde mental 2007-2016*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. <https://saudental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/Plano-Nacional-de-Saude-Mental.pdf>
- Primi, R. (2018). *Fundamentos da avaliação psicológica*. Vetor Editora.
- Prouty, G. (1998). Uma introdução à pré-terapia. *Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 2, 57-62.
- Ramson, C. (s.d.). A importância da obra de C. Rogers. In *Psicologia, Ciência e Profissão*

- Raven, J. (1989). Raven's progressive matrices: A review of national norming studies and ethnic and socioeconomic variation within the United States. *Journal of Educational Measurement*, 26(1), 1-16. <http://www.jstor.org/stable/1434619>
- Raven, J. C. (2000). The Raven's progressive matrices: Change and stability over culture and time. *Cognitive Psychology*, 41(1), 1-48. DOI: 10.1006/cogp.1999.0735
- Rocha, F.L., Hara, C., Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(1), 118-124. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R., Russell, D. E. (2002). Carl Rogers: The quiet revolutionary, an oral history. Penmarin Books.
- Rogers, C. R. (2003). Tornar-se pessoa. *Psicologia e Educação*, (3), 9-32. (Trabalho original publicado em 1951)
- Rowland, T., Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 8(9): 251-269. doi:10.1177/2045125318769235
- Sadock, V. A., & Sadock, B. J. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clinica*. (11ª ed.). Artmed Editora.
- Santos, G., Silva, R., & Costa, L. (2015). Challenges in the transformation of mental health care in Portugal: Moving from institutionalization to community-based support. *European Journal of Social Work*, 18(4), 320-335.
- Sasson, Y., Chopra, M., Harrari, E., Amitai, K., Zohar, J. (203). Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6 (2): 139–144, <https://doi.org/10.1017/S1461145703003432>
- Silva, C. R., & Carvalho, M. S. (2013). Psychological intervention in chronic and degenerative mental illness: Strategies for reintegration and empowerment. *International Journal of Mental Health Promotion*, 20(1), 45-58.

- Simões, M. R. (1992). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Teste de Inteligência Não Verbal - Manual*. CETEAP.
- Slade, M. (2011). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 11, Article 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-1>
- Smith, A. B., & Johnson, C. D. (2021). Reintegrating individuals with chronic and degenerative mental illness into society: The role of psychological intervention. *Journal of Mental Health and Social Integration*, 38(2), 120-135.
- Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things. *American Journal of Psychology*. 15(1), 72-101. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq191>
- Spoorthy, M., Chakrabarti, S., Grover, S. (2019). Comorbidity of bipolar and anxiety disorders: An overview of trends in research. *World Journal of Psychiatry*, 9(1): 7-29. 10.5498/wjp.v9.i1.7
- Tandon, R., Keshavan, M., Nasrallah, H. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3): 1-18. ISSN 0920-9964, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011>.
- Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M.V., Gonçalves, P. (2009). Reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia: Estudo de caso. *Psychologica*, 50, 97-139. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5421/6/10%20-%20Reabilitacao%20Psicossocial%20de%20Pessoas%20com%20Esquizofrenia-%20Estudo%20de%20Caso.pdf>
- Thompson, L., & Brown, R. (2019). Addressing stigma surrounding schizophrenia: Strategies for societal change. *Psychology Today*, 25(3), 55-68.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers*. Sage
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2002). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Climepsi Editores.
- Wheelan S. A. (Ed.) (2005). *The handbook of group research and practice*. SAGE

- WHO (2001) Strengthening mental health promotion, Geneva (Fact sheet n.º 220).
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO (2013) Mental health action plan 2013-2020, Geneva,
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1
- WHO (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- WHO (2023). Norma Técnica - Residências protegidas.
<https://extranet.who.int/mindbank/item/3327>
- Williams, S., Parker, K., & Davis, R. (2018). Modern approaches to psychiatric care: Shifting from institutionalization to community-based rehabilitation. *Journal of Psychiatry and Mental Health*, 42(4), 210-225.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P.H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442. 10.1176/appi.ps.59.12.1437