



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO DE
VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL: UMA PERSPETIVA
HUMANISTA**

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

Autora: Guida Catarina Teles Lopes

Orientador: Professor Doutor José Magalhães

Candidata: 20030952

Julho de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Um agradecimento a todas as pessoas que me ajudaram a chegar até aqui, muito particularmente ao Miguel sem o qual jamais teria conseguido concretizar este sonho.

Ao Professor Doutor Reginaldo de Almeida, Administrador Escolar da Universidade Autónoma de Lisboa, por ter efetuado todos os esforços no sentido de consentir a minha continuidade no 2º semestre do 1º ano do Mestrado, quando todos os acessos pareciam vedados através de legislação mal interpretada e aplicada.

Aos Professores da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), em geral, em especial ao meu orientador de estágio, o Professor Doutor José Magalhães. Estou-lhe grata por ter sido o meu guia de orientação. O Professor Magalhães é daquelas pessoas que ficam para sempre gravadas no nosso coração e na nossa memória, pela sua bondade, sapiência e humanidade.

À minha orientadora local de estágio, cujo nome não posso mencionar devido ao Regulamento Geral de Proteção de Dados, que tanto se esforçou por passar-me a sua vasta experiência e sabedoria, que não se poupou a esforços para transmitir-me o máximo de conhecimento possível e que, aos poucos, acabou, inevitavelmente, por tornar-se uma amiga.

Aos técnicos e funcionários da Instituição de Acolhimento pela forma amistosa, diria até, carinhosa, como me acolheram, algo que ajudou imenso na minha integração, bem como facilitou de forma indelével o meu trabalho.

Aos utentes da Instituição que provavelmente, até sem se aperceberem, transmitiram-me muita sabedoria de vida, sentido de existência, humildade, sentimento de justiça e solidariedade. Estar-lhes-ei para sempre grata, por me permitirem entrar nas suas vidas, sem reservas e sempre com o maior respeito e aceitação.

Dedicatória

À minha recém-falecida mãe.

Nov/2024

*“Fui forjado pela vida em fogo lento,
aprendi a abdicar das coisas materiais, sem dor.”*

Utente da IPSS

Resumo

Este relatório corresponde à fase final do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, ministrado na Universidade Autónoma de Lisboa, e vem consolidar o conteúdo programático teórico adquirido ao longo da Licenciatura em Psicologia nesta Universidade, bem como no primeiro ano de mestrado. O estágio decorreu numa Instituição privada de utilidade pública sem fins-lucrativos, numa cidade localizada no centro do País, cujo principal objetivo é prestar auxílio à população mais vulnerável ao nível da exclusão social e dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de saúde mental. No decorrer deste relatório, expôs-se o trabalho realizado na referida Instituição e tentou-se enquadrar teoricamente as problemáticas mais encontradas na população-alvo, de entre as quais se destacam os consumos de substâncias psicoativas, as adições e as doenças psiquiátricas, nomeadamente, a prevalência da perturbação esquizofrénica. Conforme foi solicitado apresentaram-se dois casos clínicos, sendo que um se trata de um acompanhamento psicológico, utilizando o modelo humanista – terapia centrada no cliente, à luz da teoria do desenvolvimento psicoafectivo de Hipólito (2011) e outro, uma avaliação psicológica, bem como a referência aos testes apresentados, os resultados a pertinência e o objetivo destes, para o caso em questão. Por fim, foi realizada uma reflexão pessoal acerca desta experiência académica, que permitiu algumas conclusões, nomeadamente, de que existe uma dificuldade muito grande em intervir com utentes em surto, não medicados – neste caso, no espectro da esquizofrenia – e por outro lado, que subsiste uma grande resistência por parte da população com problemáticas ligadas aos consumos de substâncias psicoativas, em solicitar acompanhamento psicológico.

Palavras-chave: Estágio; Esquizofrenia; Psicologia Clínica; Vulnerabilidade Psicossocial.

Abstract

This report corresponds to the final stage of the master's degree in clinical and counselling psychology taught at the Universidade Autónoma of Lisboa. It consolidates the theoretical syllabus acquired during the Psychology degree at this university and in the first year of the master's degree. The internship took place in a private non-profit institution in Lisbon, whose main objective is to help the most vulnerable population in terms of social exclusion and health care, particularly mental health care. This report describes the work carried out at the institution and provides a theoretical framework for the problems most frequently encountered by the target population, including psychoactive substance abuse, addictions, and psychiatric illnesses, particularly the prevalence of schizophrenia. As requested, two clinical cases were presented, one being a psychological follow-up, using the humanistic model - client-centered therapy, in the light of Hipólito's (2011) psycho-affective development theory, and the other, a psychological assessment, as well as a reference to the tests presented, the results, their relevance and purpose for the case in question. Finally, a personal reflection was made on this academic experience, which led to some conclusions, namely that there is a great deal of difficulty in intervening with unmedicated users in an outbreak - in this case, in the schizophrenia spectrum - and on the other hand, that there is still a great deal of resistance on the part of the population with problems linked to the consumption of psychoactive substances, in requesting psychological support.

Keywords: Internship; Schizophrenia; Clinical Psychology; Psychosocial Vulnerability.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	II
Resumo	IV
Abstract	V
Índice de Abreviaturas	VIII
Índice de Anexos	IX
Índice de Figuras.....	IX

ÍNDICE

Introdução	11
Parte I. Contextualização do Estágio.....	12
1. Caraterização do Local de Estágio	13
1.1 Missão da Instituição	14
1.2 Caraterização da População – Alvo.....	15
1.3 Papel do Psicólogo Clínico	17
1.4 Papel do Psicólogo na Instituição	17
Parte II – Enquadramento Teórico	23
2. Revisão da Literatura	24
2.1 Vulnerabilidade Psicossocial	25
2.2 Perturbações mais frequentes no local de estágio.....	28
2.3 A Perturbação de Esquizofrenia	29
2.4 Aspetos Gerais e Epidemiologia.....	30
2.5 Classificação e Diagnóstico	31
2.6 Etiologia.....	32
2.7 Terapêutica / Psicoterapia	34
2.8 Perturbações do Humor.....	36
2.9 Aspetos Gerais e Epidemiologia.....	38
2.10 Classificação e Diagnóstico	38
2.11 Etiologia.....	39
2.12 Perturbação Depressiva Induzida por Substâncias.....	39
2.13 Terapêutica / Acompanhamento Psicológico	40
2.14 Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG).....	41
2.15 Consumo de Substâncias.....	42
2.16 Respostas de Tratamento.....	44
2.17 A Atuação do Psicólogo nos Comportamentos Aditivos e Dependências.....	45
Parte III. Intervenção	48

3.	Fundamentação Teórica da Intervenção	49
3.1	Uma Perspetiva Humanista	49
3.2	A Terapia Centrada no Cliente (TCC)	51
3.3	Caraterização da Intervenção	55
3.4	Grupos de Encontro / Grupo Aberto	57
3.5	Avaliação Psicológica	58
3.6	Cronograma	60
	Parte IV. Apresentação do Trabalho de Estágio	62
4.	Objetivos Gerais do Estágio	63
4.1	Objetivos Específicos	63
4.2	Descrição das Atividades Realizadas ao Longo do Estágio	64
4.2.1	Observação	64
4.2.2	Participação em Reuniões Multidisciplinares	65
4.2.3	Participação em Ações de Formação	65
4.2.4	Participação em Grupos Terapêuticos de Apoio	65
4.2.5	Acompanhamento Psicológico	66
4.2.6	Aplicação de Testes de Avaliação Psicológica	66
4.2.7	Realização de Planos de Desenvolvimento Individual	66
4.2.8	Apresentação e Discussão de Casos Clínicos	67
4.2.9	Observação de Consultas de Avaliação Neuropsicológica	67
4.2.10	Atendimento e Acolhimento de Novos Utentes	67
4.2.11	Acompanhamento de Utentes a Consultas de Alcoologia	67
4.2.12	Acompanhamento de Utentes a Entrevistas de Integração em Fóruns Sócio Ocupacionais	68
4.2.13	Acompanhamento de Utentes à CM	68
4.2.14	Visitas Domiciliárias aos Apartamentos Alocados à Instituição	69
4.2.15	Realização de Grupos de Abertos às 6 ^{as} Feiras	69
4.2.16	Participação nas Oficinas de Estimulação Cognitiva (OEC's)	70
4.2.17	Participação no Coro de Celebração dos 50 anos do 25 de Abril	70
4.2.18	Realização da Feira das Formações em Conjunto com a JF	71
4.2.19	Participação das Reuniões da Comissão Social de Freguesia	71
4.2.20	Registos e Relatórios Relacionados com os Utentes	71
4.3	Acompanhamento Psicológico Caso Clínico "J"	72
4.3.1	Enquadramento Geral	72
	Primeira Sessão	72
	Segunda Sessão	73
	Terceira Sessão	73
	Quarta Sessão	73
	Resumo da 5 ^a até à 9 ^a sessões	75
	11 ^a Sessão	75

13ª Sessão.....	76
Fim do Acompanhamento Psicológico	76
Conceptualização do Caso	77
Identificação pessoal.....	77
4.3.2 Anamnese.....	77
História de Vida.....	77
Acontecimentos importantes	79
Antecedentes médico-cirúrgicos	79
Discussão do Caso à Luz do Desenvolvimento Psicoafectivo do Prof. Doutor João Hipólito.....	82
4.4.1 Avaliação Psicológica Caso Clínico “R”.....	84
Conceptualização do Caso	84
Motivo da Consulta	84
Avaliação psicológica.....	84
Dados de observação	84
4.4.2 Anamnese.....	85
História de Vida.....	85
Resultados dos Instrumentos de Avaliação Psicológica (em anexo)	87
Parte V. Conclusão	89
5.1 Reflexão Pessoal	90
VI. Referências	93

Abreviaturas

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

APA – *American Psychiatric Association*

APA - *American Psychological Association*

CBT – *Cognitive Behaviour Therapy* (Terapia Cognitivo-Comportamental)

CM – Câmara Municipal

CID - 10 – Classificação Internacional das doenças, 10ª Edição

DC – Défice Cognitivo

DRE – Diário da República Eletrónico

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição

GAT - Grupo Aberto (Terapêutico)

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

JF – Junta de Freguesia

MMSE - *Mini-Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

OEC`S - Oficinas de Estimulação Cognitiva

ONG - Organização Não Governamental

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PDI - Plano de Desenvolvimento Individual

PE - Perturbação Esquizofrénica

QI – Quociente de Inteligência

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

SNC – Sistema Nervoso Central

SPA - Substâncias Psicoativas

SS - Serviço Social

TF – Terapia Familiar

TCC – Terapia Centrada no Cliente

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

UAT - Unidade de Acompanhamento Terapêutico

Anexos

Anexo I – Ficha de Diagnóstico

Anexo II – PDI (Plano de Desenvolvimento Individual)

Anexo III – *Mini Mental State* Caso R

Anexo IV - *Índice de Katz* Caso R

Anexo V – *Índice de Lawton* Caso R

Anexo VI – *MoCa* Caso R

Anexo VII - Relatórios de Grupos de Encontro

Anexo VIII – Folha de Presenças

Figuras

Figura 1 - Taxas de osteoartrite, doenças crónicas, hipertensão e cancro de colo do útero vs *status* sócio económico.

Figura 2 - Influências psicobiológicas no gradiente *status* socio económico vs saúde

Introdução

Este relatório de estágio insere-se no âmbito do 2º semestre do 2º ano, do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), tendo sido realizado no ano letivo de 2023/2024 entre os meses de novembro de 2023 e junho de 2024 num total de 417 horas (400 destas, obrigatórias), sendo que à data atual, julho de 2024, o estágio, em regime de voluntariado, ainda se mantém. Desta feita, é expectável que ultrapasse, e muito, as horas preconizadas pela Instituição de ensino. A UAL, pretende com este mestrado, proporcionar aos adquirentes uma oferta ainda pouco presente em Portugal, que é aquela assente, não apenas na Clínica, mas no *Counselling*.

O objetivo geral deste estágio passa por consolidar as aprendizagens adquiridas ao longo do curso de Licenciatura em Psicologia (bem como no 1º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento). Por outro lado, pretende possibilitar uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas no decurso desta experiência proporcionando uma ponderação construtiva, aprofundada, contínua e fundamentada, sobre aquilo que representa o trabalho do psicólogo em exercício de funções, não só na área clínica, mas também na área social e comunitária. Ao nível dos objetivos específicos, tais aprendizagens foram exequíveis através da realização atenta e discreta de tarefas inerentes à profissão, no local de acolhimento, sendo algumas delas, a aplicação de conhecimentos teóricos na consulta psicológica, bem como, através do emprego de elementos de avaliação e respetiva interpretação de resultados. É de salientar a importância da aliança terapêutica, o acolhimento de novos utentes, a dinamização de grupos, a execução de relatórios e promoção do bem-estar psicológico e social dos utentes, dentro das possibilidades, mantendo sempre uma postura profissional, ética e deontológica.

O estágio foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de carácter socio-caritativo religioso, que abrange Portugal Continental e Ilhas, vocacionada para a proteção da população mais frágil e vulnerável, em condições extremas de precariedade económica e ao nível da prestação de cuidados de saúde. Aquilo que se pretendeu estudar e colocar em prática neste contexto, foi efetuar uma ligação entre a forma como a psicologia pode intervir com os utentes portadores das mais diversificadas patologias físicas e psicopatologias, bem como articular com os serviços da comunidade, no sentido de encontrar respostas existentes que possam ir ao encontro da resolução de pelo menos parte dos seus problemas.

Segundo um relatório de 2021 do Observatório Nacional da Luta contra a Pobreza, Portugal é um País com muitas desigualdades. No dia-a-dia, as perturbações relacionadas com a saúde mental advêm muito por força destas, nomeadamente: a falta de emprego; a dificuldade em aceder aos cuidados de saúde; as dificuldades económicas; as relacionais; as familiares; sociais, entre outro(a)s. Eis pois, um indicador de como a psicologia pode ser de grande relevância nestas áreas.

O presente relatório está organizado da seguinte forma: apresentação da Instituição; missão da Instituição; caracterização da população-alvo; o papel do psicólogo na Instituição; casos apresentados (acompanhamento, intervenção e avaliação psicológica); embasamento teórico, atividades realizadas; cronograma; e por fim, a conclusão e uma reflexão pessoal que relata as principais aprendizagens e dificuldades desta experiência.

Parte I. Contextualização do Estágio

1. Caraterização do Local de Estágio

Este estágio decorreu numa Instituição tutelada pelo Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social e é considerada Instituição de direito privado e de utilidade pública administrativa. A Instituição possui alguma autonomia financeira, contudo, também detém protocolos de cooperação com várias entidades sociais, municipais e governamentais (Costa, 2023).

A Instituição possui algumas unidades de acompanhamento terapêutico que têm como missão prestar apoio na área dos cuidados de saúde e promover a integração social dos seus utentes. Por utentes pretende-se especificar, pessoas que se encontram em condições biopsicossociais extremamente desfavorecidas. A Instituição tem assim, como população-alvo, pessoas em situação de pobreza, com questões ligadas à toxicodependência, doenças físicas e do foro psiquiátrico (Costa, 2023).

Os princípios de caridade cristã estão presentes nesta Instituição, que tem desenvolvido o seu apoio no âmbito da prestação de cuidados de saúde e promoção da qualidade de vida da população vulnerável, com enfoque nos idosos dependentes, nos adultos desinseridos, nas minorias étnicas, nos migrantes e noutras situações de carência económica grave (Costa, 2023).

Na IPSS onde o estágio teve lugar, existe a possibilidade de acolhimento temporário, prestação de serviços e cuidados psicossociais a pessoas portadoras de doença crónica com necessidades de acompanhamento terapêutico e/ou que se encontrem em situação social, familiar e económica precária. Esta valência fica situada no centro do País.

Apesar de esta conceptualização versar sobre uma visão universal mundial, na cidade onde se situa esta valência, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2023, a taxa de risco de pobreza situa-se nos 17,0% em 2022/2023 sendo que esta foi aquela em que a desigualdade mais aumentou: de 31,4% em 2021 para 34,9% em 2022. Este pode ser um indicador preocupante para as respostas que a Unidade poderá fornecer futuramente.

1.1 Missão da Instituição

Em tempos idos, a Instituição procurou dar respostas sociais ao aumento dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e das problemáticas sociais que daí resultavam. Assim, começou por atuar no auxílio a estas pessoas, frequentemente vítimas de exclusão e discriminação, tentando contribuir para a sua adesão terapêutica e a integração social. Atualmente, uma vez que o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), resultou numa doença crónica, em que os portadores desta síndrome podem levar uma vida praticamente normal, alguns dos maiores desafios da IPSS passaram a ser a toxicodependência e a adesão terapêutica. Ainda assim, a problemática com maior prevalência, está relacionada com a doença psiquiátrica (Costa, 2023).

A IPSS pretende ser uma resposta psicossocial de transição, que promova a reintegração dos seus utentes na comunidade, ou que proporcione respostas sociais permanentes mais adequadas (ex.: habitação social permanente, habitação social, quartos, lares, entre outros). O tempo de permanência (de referência) na IPSS, é, idealmente, no máximo, de um ano. Contudo, na prática, nem sempre é isso que se verifica. Há utentes que não possuem competências, capacidades cognitivas e/ou enquadramento social para que isso aconteça. Outros há, cujas competências de autonomia, nomeadamente físicas ou mentais, não lhes permite outro tipo de reintegração social e a sua permanência na Instituição prolonga-se ao longo do tempo, muitas vezes por anos (Costa, 2023).

Através de observação foi possível recolher várias informações acerca da entidade de acolhimento. Esta possui várias valências, funcionando como centro de dia e residências terapêuticamente assistidas. No centro de dia existe um *atelier* de ocupação de tempos livres onde são realizadas algumas atividades de estimulação cognitiva, por 2 monitores. Neste piso fica situado o refeitório, a cozinha e a copa. Existe também uma sala de estar para os utentes, assim como um espaço privativo e inacessível a estes, onde são armazenados os medicamentos.

É também neste prédio que se situa a área de trabalho dos técnicos, sendo esta equipa constituída por 2 enfermeiros, um assistente social e uma psicóloga. Este espaço compreende ainda uma sala afeta aos monitores e à administrativa, a sala da chefe de sector das auxiliares de ação médica, a sala do Diretor da Unidade, e uma ampla sala multiusos onde se realizam reuniões, ações de formação e outros eventos. Assim, neste edifício existem 2 apartamentos terapeuticamente assistidos, com capacidade para 14 utentes do sexo masculino e um apartamento com capacidade para 6 utentes do sexo feminino.

Para além deste equipamento, existem nas redondezas outras residências que foram arrendadas pela Instituição, com as mesmas condições do anterior (à exceção do centro de dia e refeitório), onde estão integrados utentes que possuem maior autonomia.

É notório verificar que os valores humanistas e holísticos são atributos presentes nesta Instituição. Para além do modelo assistencial biopsicossocial, os utentes têm liberdade para ser e viver com a autodeterminação a que têm direito, dentro daquilo que lhes é fisicamente, financeiramente, socialmente e psicologicamente exequível.

1.2 Caraterização da População – Alvo

Os utentes são todos de adultos, de ambos os sexos. A maioria possui nacionalidade portuguesa, embora existam indivíduos de várias nacionalidades, nomeadamente vindos da Croácia, da Polónia, do Paquistão, da Eritreia, bem como de outros locais com os quais Portugal mantém uma relação política mais estreita, nomeadamente com os quais possui alguns protocolos a nível de saúde, como é o caso dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPS), (Costa, 2023).

A população residente na IPSS, é inicialmente sinalizada pelos diversos técnicos gestores de processo dos serviços sociais existentes na comunidade. Estes podem estar afetos a associações/respostas existentes como: Segurança Social, serviços de saúde, e outras IPSS's. Os utentes podem ter várias proveniências: da rua; de albergues; de prisões;

de hospitais e de comunidades terapêuticas. Ainda assim, existe um certo número de utentes que é encaminhado pela Linha de Unidade de Emergência - nº telefónico: 144 (Costa, 2023).

No que respeita à prevalência das doenças, como anteriormente foi referido, o maior predomínio é do foro psiquiátrico, contudo, existem outras situações complexas tais como: consumos/adições, pessoas com patologia renal em regime de hemodiálise; problemas respiratórios graves com necessidade constante de oxigénio; problemas de ordem músculo-esqueléticos; portadores de doença oncológica em regime de quimioterapia/radioterapia, bem como outros em fase terminal; imunodepressivos (VIH); doenças autoimunes e diabéticos insulínodépendentes (Costa, 2023).

Alguns dos requisitos de integração nesta resposta social incluem: incapacidade de preparar a medicação; estar psicologicamente compensada(o)¹ e possuir locomoção suficientemente adequada por forma a que se evitem quedas acidentais. Para além destas, também são consideradas pessoas em risco de pobreza elevado, estas informações foram fornecidas verbalmente pela psicóloga da Instituição (orientadora do estágio).

É de salientar que algumas destas pessoas já estão no “sistema” há muito tempo, alternando a sua vivência entre entradas e saídas das valências da Instituição ao longo dos anos, muitas vezes passando por situação de sem-abrigo e voltando novamente à IPSS. Apesar de tudo, a direção faz os possíveis por manter as portas abertas para todos aqueles que se encontrem em situação de risco, cujos requisitos sejam cumpridos. Há, inclusivamente, um dos utentes que vive com o apoio da Instituição há cerca de 23 anos (Costa, 2023). Na totalidade, são 78 utentes que compõem estas valências, sendo que a capacidade total é de 80 pessoas. Atualmente, residem nesta resposta social 27 mulheres e 51 homens. A idade média situa-se nos 53,8 anos, sendo que a pessoa mais nova tem 25 anos e a de maior idade, 79 (Costa, 2023).

¹ Como veremos mais à frente, existem casos em que os utentes dão entrada alopsoquicamente não orientados e existe pelo menos um utente residente, em surto psicótico.

1.3 Papel do Psicólogo Clínico

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2019), refere que os psicólogos clínicos em contexto comunitário e Institucional têm de lidar com questões sociais complexas, por forma a intervir na melhoria das condições de vida e bem-estar dos indivíduos, ajudando a prevenir situações de vulnerabilidade, exclusão social e discriminação.

O campo de ação dos psicólogos clínicos nas Instituições sociais e comunitárias é desenvolvido normalmente com crianças e jovens, adultos e idosos. Assim sendo, estes profissionais podem agir num vasto conjunto de tarefas que incluem procurar soluções de carácter social, com vista a aumentar a saúde psicológica do indivíduo e da comunidade, agindo através do auxílio familiar, infantil e juvenil, intervindo ao nível da proteção de menores, dos maus-tratos e da violência doméstica. O psicólogo clínico age também ao nível do consumo/abuso de substâncias psicoativas e na promoção da saúde mental, nas situações de carência na 3ª idade, entre outras situações de fragilidades individuais e sociais (OPP, 2019).

O objetivo do psicólogo clínico passa portanto por atuar nestas dimensões psicossociais valendo-se das suas capacidades, competências e conhecimentos científicos, contribuindo para capacitar indivíduos e grupos com o objetivo de reduzir as disparidades sociais. Já na intervenção comunitária passa pela prevenção de problemas sociais e promoção da saúde, acompanhamento psicológico e intervenção junto de grupos em situação de risco e socialmente vulneráveis (OPP, 2019).

1.4 Papel do Psicólogo na Instituição

Nesta valência, existe apenas uma psicóloga. Esta tem como objetivo, zelar pelo bem-estar dos utentes da Instituição assim como pelo bom funcionamento desta, intervindo ao nível do apoio psicológico e na promoção de competências pessoais, emocionais, afetivas e do relacionamento interpessoal dos utentes. Para além disso, executa ainda uma miríade de tarefas, que vão desde atividades administrativas e burocráticas, até às mais individualizadas,

como por exemplo: avaliações psicológicas, acompanhamento de utentes, execução de planos de desenvolvimento, oficinas de estimulação cognitiva e seleção dos proponentes à inserção na IPSS, contribuindo com o seu parecer e reportando ao Diretor da Instituição. Estas informações foram recolhidas por observação direta e através de comunicações verbais com os técnicos da Instituição em 15/11/2023.

Constata-se atualmente, uma longa lista de espera de integração na IPSS, pois não subsistem vagas nas residências. Depois de serem sinalizadas, as pessoas são sujeitas a uma entrevista realizada pela psicóloga, na presença da técnica responsável pelo processo do(a) utente (normalmente uma Assistente Social) e, após a entrevista, a psicóloga realiza um relatório com parecer favorável ou desfavorável, consoante a pessoa reúna ou não as condições para integrar a Unidade. A última decisão de integração, será sempre da competência do Diretor.

A psicóloga tem também como tarefa, realizar o acolhimento de novos utentes, efetuando uma pequena entrevista (preenchimento de uma ficha de avaliação diagnóstica), com a finalidade de conhecer o seu percurso de vida, contactos familiares ou de referência, possíveis doenças e/ou outras necessidades psicossociais. Para além disso, aplica uma bateria de testes de avaliação psicológica que ajudam a aferir a presença de défice cognitivo, demências e a sua severidade, bem como o grau de dependência e autonomia do(a)s utentes admitidos.

A psicóloga realiza ainda, para cada utente, um acordo denominado: Plano Individual de Desenvolvimento (PDI). Trata-se de um documento formal interno, que existe desde 2014, e que pretende ser útil ao utente e à Instituição. Este plano é revisto trimestralmente, por forma a que o utente se comprometa a executar com responsabilidade as atividades promotoras do seu bem-estar, bem como ao normal funcionamento da Instituição. Estas englobam: a) adesão terapêutica e gestão autónoma da medicação; b) comparência nas consultas médicas e psicológicas; c) realização de exames médicos; d) manutenção da inscrição de habitação social da Câmara Municipal (CM); e) manutenção do seu quarto (espaço) limpo e organizado; f) efetuar a sua higiene diária; g) desenvolver relações cordiais

entre os pares; h) sempre que possível, preservar a crítica para a doença e a sua sintomatologia. Também faz parte do plano, a redução do consumo de substâncias nocivas (quando aplicável), a participação nas atividades de ocupação no centro de dia, relevar a importância da formação académica e profissional, bem como sensibilizar para a promoção de relações sociais e familiares (quando estas existem). O objetivo principal do PDI é essencialmente a promoção de comportamentos adequados e o evitamento de comportamentos de risco que possam colocar em causa tanto o seu bem-estar, como o dos restantes utentes e técnicos, assim como a sua permanência na IPSS.

A psicóloga tem ainda a responsabilidade de zelar pelo bem-estar psicológico de alguns utentes, realizando para tal, as oficinas de estimulação cognitiva, pelo menos uma vez por semana. Estas tarefas incluem atividades que permitam uma maior autonomia e um certo desenvolvimento intelectual, na medida do possível.

Para além destas atividades, a psicóloga é responsável pela gestão, organização de tarefas administrativas inerentes aos processos dos utentes, muitas delas estreitamente relacionadas com a área do Serviço Social, nomeadamente, acompanhamento de utentes a serviços na comunidade com o objetivo de tratar de documentos, assinatura de contratos, consultas, entre outros. Uma vez por mês, a psicóloga realiza visitas domiciliárias ao fim-de-semana, visto que a Instituição se encontra encerrada, com a finalidade de verificar se os utentes estão bem, se tomaram a medicação, ou se têm alguma necessidade premente.

Na Instituição onde este projeto assenta, há um denominador comum a todos os utentes, que é, para além da doença física e mental, o fator pobreza. O contexto social destas pessoas é muito particular, visto que a maioria vem de um passado ligado ao consumo de substâncias e a todos os riscos que isso implica, nomeadamente a situação extrema de não ter abrigo.

Segundo a *American Psychological Association* (APA, 2019) os psicólogos em geral têm contribuído para a compreensão da pobreza profunda em particular. A pobreza é desumanizante e física e psicologicamente prejudicial para qualquer indivíduo, repercutindo efeitos negativos neste, que se acumulam ao longo do tempo, em qualquer parte do mundo.

Em 2019, a APA reportou que a pobreza resulta de recursos escassos e de sistemas políticos complexos, em vez de “más escolhas” ou de particularidades biopsicossociais dos indivíduos.

Muitas vezes, a força e a resiliência das pessoas que vivem na pobreza são ofuscadas pelos desafios complexos e multifacetados que enfrentam. Sair da pobreza profunda é, portanto, especialmente difícil, devido às extremas dificuldades materiais e à exclusão social que estas pessoas enfrentam. À medida que os fatores de risco e os seus efeitos se acumulam, comprometem a saúde e o seu bem-estar, reduzem as oportunidades de vida e aumentam a probabilidade de vivenciar uma pobreza crónica (APA, 2019).

Os psicólogos de intervenção comunitária trabalham regularmente com as comunidades, como tal, estão preparados para lidar com os efeitos da pobreza e das desigualdades e compreendem a forma como os preconceitos cognitivos afetam o comportamento dos indivíduos alvo desta (APA, 2019).

Dadas as diversas áreas de investigação e prática no campo da psicologia, os psicólogos estão numa posição única para atuar como agentes de mudança no alívio da pobreza assim como motivar outros a fazerem o mesmo (APA, 2019).

Através de observação direta, mas também na relação com os técnicos e com os utentes, foi possível identificar uma série de necessidades na Instituição de Acolhimento:

1. O acompanhamento psicológico dos utentes da Instituição é maioritariamente realizado externamente, pelo que se considerou fundamental a presença de um(a) psicólogo(a) em permanência, que permitisse dar resposta a esta demanda.

2. Constatou-se dificuldade na adesão terapêutica: certos utentes ainda não têm consciência (crítica) para a doença e recusam ou simplesmente não aderem à medicação.

3. Verificou-se que existe pouca adesão por parte dos utentes às atividades de estimulação cognitiva e às atividades ocupacionais: alguns ainda optam por preferir passar tempo fora da residência, o que pode levá-los a adotarem mais comportamentos de risco. Outros há, que não têm motivação para levantar-se da cama ou sair do quarto, a não ser para se alimentar. Certos utentes sofrem com doenças altamente incapacitantes, o que não lhes

permite ter um funcionamento dito “normal”, passando os dias na Instituição, sem qualquer tipo de atividade.

4. Pareceu notório haver necessidade de motivar os utentes para os malefícios do consumo de substâncias, em particular para o consumo de haxixe. Alguns técnicos referiram que essa é uma das maiores problemáticas, pois os utentes possuem a convicção de que o haxixe não é mais prejudicial do que o tabaco.

5. Apesar de se tratar de uma Instituição em regime aberto, verifica-se que, devido ao seu funcionamento, alguns utentes sentem necessidade de expressar os seus sentimentos, experiências e emoções, num espaço seguro.

Tendo em conta este levantamento de necessidades, foram propostas ao Diretor do Equipamento, as seguintes atividades que tanto orientanda e orientadora consideraram exequíveis:

A) Consultas de Psicologia Individualizadas – Acompanhamento Psicológico a quem o solicitasse.

B) Criação de um Grupo de Encontro (aberto) em que os participantes estivessem à vontade para partilhar sentimentos, experiências e emoções.

C) Avaliação Psicológica utilizando os instrumentos já adotados pela instituição que permitissem avaliar o défice cognitivo, tendo como objetivo ir ao encontro das necessidades dos utentes, nomeadamente a participação nas Oficinas de Estimulação Cognitiva, a capacidade de autonomização, entre outros.

Após reunião com o Diretor, todas estas propostas foram aceites. Assim sendo, passou a realizar-se consultas de psicologia individualizadas, avaliação psicológica, e a realização de grupos de encontro na expectativa de que, após estas intervenções se verificassem resultados como: uma melhoria da saúde mental dos utentes acompanhados individualmente e um melhor funcionamento das relações interpessoais dos utentes em geral. Para além destas atividades realizaram-se outras, tais como: visitas domiciliárias (aos apartamentos terapeuticamente assistidos), acompanhamento de utentes a consultas de alcoologia, avaliação neuropsicológica, visitas a fóruns sócio ocupacionais, atendimento e

acolhimento a utentes com vista à integração nas residências, reuniões multidisciplinares, visitas a habitações na comunidade com vista à autonomização de utentes com potencial para tal, participação em feiras de formação e saídas várias com utentes, entre outra(o)s.

Parte II – Enquadramento Teórico

2. Revisão da Literatura

A psicologia é um campo de pesquisa, que por vezes pode ser definido como a conhecimento do espírito, outras vezes como o estudo do comportamento. Naquilo que nos é dado a compreender, a psicologia debruça-se pelo como e pelo porquê daquilo que os homens fazem (Gleitman, Fridlung & Reisberg, 2009).

Os fenómenos que a psicologia considera do seu domínio, abrangem uma extensão imensa. Alguns delimitam com a biologia, outros fazem fronteira com as ciências sociais, como a antropologia e a sociologia, alguns dizem respeito ao comportamento dos animais, muitos outros pertencem ao comportamento dos homens. Uns referem-se à experiência consciente, outros concentram-se naquilo que as pessoas fazem, independentemente daquilo que possam pensar ou sentir por dentro. Alguns ocupam-se das pessoas a nível individual, outros debruçam-se sobre o que fazem em grupo (Gleitman, et al. 2009).

Vários exemplos poderão proporcionar uma primeira compreensão do campo da psicologia. As questões que os psicólogos se colocam são de uma enorme diversidade: “Por que motivo fazemos o que fazemos?” “Porque sentimos o que sentimos?” “Em que medida cada um de nós difere dos outros e em que medida é semelhante a eles?” Questões como estas, constituem o âmago da investigação do nosso íntimo, embora muitos não psicólogos se questionem igualmente sobre estes temas (Collin, Grand, Benson, Lazyan, Ginsburg, & Weeks, 2014).

Os filósofos, os escritores, os teólogos e muitos pensadores forneceram os seus contributos e as suas próprias perspetivas sobre estes assuntos (Gleitman, et al. 2009).

Uma diferença essencial, reside na adesão da psicologia ao método científico. É importante refletir acerca das ações e dos sentimentos humanos, baseando-nos na opinião pessoal e no senso comum, mas muitas vezes queremos respostas definitivas às nossas questões sobre o comportamento, a cognição ou a emoção (Collin et al. 2014).

Se uma abordagem psicoterapêutica alivia a depressão e outra não, queremos sabê-lo para que estejamos certos da eficácia da terapia aplicar. Se sob determinadas

circunstâncias, a memória humana for imprecisa, queremos identificar essas circunstâncias de modo a podermos, por exemplo, apoiar decisões judiciais, avaliando o depoimento de testemunhas oculares. E, de um modo geral, se queremos alcançar uma compreensão ampla dos nossos próprios pensamentos, sentimentos e ações, precisamos de sólidos alicerces para essa construção, baseados em factos e não em mitos, lugares-comuns ou preconceitos (Gleitman, et al. 2009).

Ainda segundo os autores acima mencionados, o método científico fornece o melhor meio para atingir estes objetivos, pois permite colocar à prova as nossas ideias de uma forma objetiva e sistemática. Os métodos da ciência possibilitam que se decida com um grau razoável de confiança se uma determinada afirmação é ou não correta e com base neste conhecimento, pode desenvolver-se um conjunto de proposições que seja genuinamente rigoroso e útil (Gleitman, et al. 2009).

2.1 Vulnerabilidade Psicossocial

Antes de passarmos à designação das perturbações psiquiátricas propriamente ditas, importa referir um ponto crucial que está na génese desta população e que se optou por incluir no título deste relatório. A definição da vulnerabilidade psicossocial e o seu impacto na saúde dos indivíduos.

O estudo das relações entre o estatuto socioeconómico das populações e a saúde, tem uma longa história científica. Desde a época da industrialização e migração dos povos para as áreas urbanas da Europa, os estudiosos notaram ligações entre problemas de saúde e condições de vida adversas associadas à pobreza. Nos últimos séculos, estudos conduzidos comprovaram ligações de doenças com a pobreza, utilizando abordagens estatísticas iniciais, por exemplo, mapeando casos dentro de áreas geográficas, comparando doenças e grupos saudáveis em termos de condições de vida (Matthews & Gallo, 2011).

Medicina, epidemiologia, sociologia, demografia e economia são apenas algumas das matérias que participaram na criação de variáveis e indicadores fortes entre o estatuto

socioeconómico e a saúde. Em diversos resultados de saúde, os indivíduos com menos escolaridade, com empregos de estatuto inferior e que auferem menos ou nenhum rendimento, correm maior risco de ter uma saúde precária do que os seus homólogos com estatuto sócio económico mais elevado (Corey, 1991).

As associações entre dificuldades sócio económicas e as doenças, estendem-se desde perturbações relativamente menores, como por exemplo, dores de cabeça, até outras mais graves e potencialmente fatais como as coronárias, até à mortalidade precoce e que são manifestas ao longo da vida (Matthews & Gallo, 2011).

Ainda assim, as associações não se devem apenas à pobreza, mas possuem também uma relação funcional repetitiva ou gradual com a saúde. A título de exemplo, a Figura 1 mostra o gradiente: quanto maior a escolaridade, menores são as taxas de osteoartrite, doenças crónicas, hipertensão e cancro do colo do útero (Matthews & Gallo, 2011).

A pesquisa sobre as causas da psicopatologia tem se concentrado amplamente em dois fatores etiológicos: vulnerabilidade genética e stressores ambientais. Um papel importante dos fatores familiares/hereditários na etiologia de uma ampla gama de perturbações psiquiátricas foi estabelecida antes da era moderna da pesquisa genómica (Matthews & Gallo, 2011).

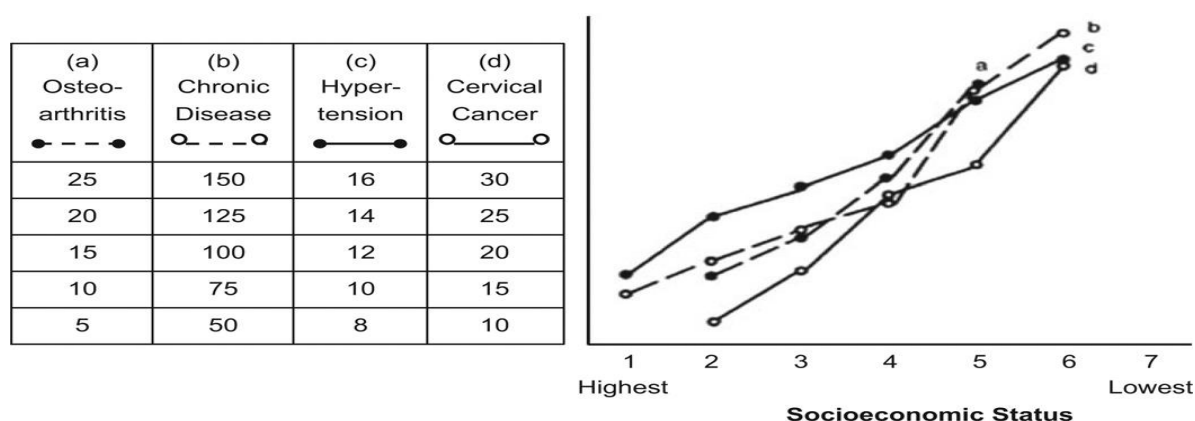


Fig. 1. Taxas de osteoartrite, doenças crónicas, hipertensão e cancro de colo do útero vs *status* sócio económico.

Imagem Fonte: Google imagens - Matthews K.; Gallo L. (2011) *Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health*.

Segundo Smoller (2016), as perturbações depressivas e de ansiedade são altamente prevalentes na população em geral e possuem um impacto substancial na saúde pública. Um dos fatores de risco mais fortes para as perturbações depressivas e de ansiedade é a história familiar, com um risco duas vezes maior em parentes de primeiro grau dos indivíduos em comparação com pessoas saudáveis. O risco familiar representa a integração de uma vulnerabilidade genética subjacente, bem como um risco aumentado devido ao agrupamento de circunstâncias familiares desfavoráveis no início da vida. À luz do grave impacto das perturbações depressivas e de ansiedade, existe uma necessidade clínica de identificação de pacientes em risco de resultados mais desfavoráveis.

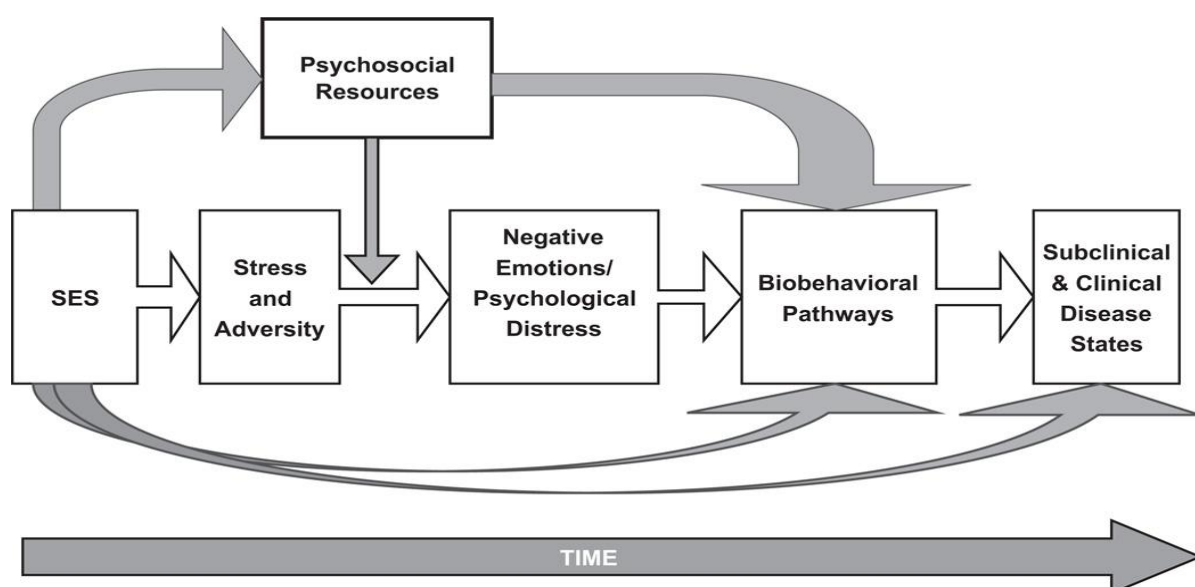


Fig. 2 – Influências psicobiológicas no gradiente *status* socioeconômico vs saúde.

Imagem Fonte: Google Imagens - Matthews K.; Gallo L. (2011) *Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health*.

Ainda segundo um estudo realizado por Smoller (2016), pessoas afetadas ao longo da vida com alto risco familiar, tiveram pontuações mais altas em índices estabelecido para risco de depressão major em genética, o que foi consistente com descobertas anteriores indicando que o risco familiar representa uma vulnerabilidade genética subjacente para depressão e ansiedade. Enquanto a psicopatologia em pessoas afectadas ao longo da vida

com baixo risco familiar de depressão e/ou ansiedade pode ser explicada principalmente por factores externos (por exemplo, por acontecimentos negativos na vida), as pessoas com elevado risco familiar estão provavelmente expostas a factores de risco adicionais além do risco genético hereditário.

2.2 Perturbações mais frequentes no local de estágio

A fenomenologia, como é conhecida hoje, teve origem na corrente filosófica introduzida por Edmund Husserl no início do séc. XX e refere-se em particular a um método para a recolha de dados e não ao sistema de objeto de estudo. A fenomenologia propõe que, através de uma intuição reflexiva, seja possível destringer entre os factos empíricos temporais, individuais e contingentes a sua parte intemporal, universal, única e imutável (Simões, Almeida, & Gonçalves, 2017).

A psicopatologia usa o método fenomenológico descritivo na perspetiva de Karl Jaspers. Trata-se da descrição precisa e da categorização das experiências ou vivências anómalas, tal como relatadas pelo paciente e observadas no seu comportamento. Por conseguinte, tem como finalidade principal o estudo sistemático das experiências ou vivências conscientes (Tavares, 2000).

A entrevista clínica é o instrumento fundamental para uma avaliação do estado das diversas funções psíquicas do cliente e para a deteção e descrição das suas anomalias. De um modo geral, inclui o conjunto de procedimentos que pode ser detalhado, mas que não pode ser resumido em inventário de sintomas (Leal, 2011).

Através da entrevista obtém-se o relato que, idealmente, deve contemplar a descrição das vivências e o seu encadeamento. O relato dos factos pretende-se cronologicamente compreendido de forma clara, e o mais objetiva possível, evitando toda e qualquer interpretação. Deve evitar-se classificar as vivências ou etiquetá-las sob forma de sintomas, coibir-se de interpretar ou procurar outras formas de explicação e claramente não utilizar termos técnicos incompreensíveis ao cliente, ou derivados de um processo de categorização.

Posteriormente pode explorar-se as várias áreas de funcionamento psicológico, respeitando o *timing* do cliente e as suas vivências particulares. A história clínica pode ser assim entendida (Figueira, Sampaio & Afonso, 2014).

Como foi referido anteriormente, a problemática desta população é bastante diversificada. Sendo que o homem é o próprio e o seu contexto, não se pode retirá-lo do seu ambiente, ou das suas experiências passadas. Daí que, tendo a maioria destes utentes passado por diversas provações, desafios, problemas de saúde físicos e mentais, acrescido de contextos sociais e familiares bastante desfavorecidos, com um denominador comum: a falta de condições económicas - e frequentemente - a condição extrema de ser sem-abrigo, é de supor que estejam reunidas as condições para uma vida de extrema dificuldade a vários níveis, com implicações sérias a nível cognitivo e de saúde mental. Ainda assim, partindo do ponto de vista da psicologia vamos identificar as perturbações psiquiátricas mais frequentes na Instituição (Costa, 2023).

Através da consulta dos processos clínicos dos utentes, foi possível identificar de imediato que a perturbação mais frequente no local de estágio é a perturbação esquizofrénica - Esquizofrenia, perturbações esquizoafetivas e delirantes (F20 - F29), CID-10 (OMS, 1993). Ainda assim, existe uma percentagem considerável de utentes com comorbilidades associadas, como a depressão major e bipolar, Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), perturbações por consumo de substâncias e demências. Por sua vez, existem casos em que algumas destas perturbações aparecem de forma isolada e existem outros casos com carácter de défice cognitivo, associado ou não a estas problemáticas (Stein & Seedat, 2004).

2.3 A Perturbação de Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença de etiologia ainda algo desconhecida, que apresenta um conjunto de alterações cognitivas, psicóticas e emocionais que influenciam diretamente a

sociabilidade do sujeito, especificamente no discurso e fluência do mesmo, pois existem alterações significativas ao nível da comunicação (Fonseca & Rios, 2021).

Segundo Paul & Sharfman (2016), estima-se que cerca de 1% da população desenvolva esquizofrenia ao longo da vida. Cada pessoa terá a sua própria combinação única de sintomas, que é geralmente caracterizada por percepção, pensamento, afeto e comportamento alterados. Os sintomas comuns incluem alucinações, delírios, afeto embotado e pobreza de fala. A esquizofrenia afeta ambos os sexos igualmente, ocorre em qualquer idade e os efeitos podem ser de longo prazo e generalizados, sendo comum existirem recaídas. Segundo os autores, em todo o mundo, a esquizofrenia está entre os dez principais distúrbios médicos que causam incapacidade.

Os sintomas são muito variados, desde alucinações, à dificuldade de expressão de emoções e disfunções linguísticas, afetando o desempenho e qualidade de vida do indivíduo (Fonseca & Rios, 2021; Martinez, 2017).

2.4 Aspectos Gerais e Epidemiologia

A esquizofrenia é uma perturbação mental multifatorial que requer uma abordagem multidisciplinar e personalizada devido ao impacto que possui na saúde pública. Pessoas com esquizofrenia têm maior probabilidade de morrer precocemente do que a população em geral, devido à alta comorbidade, podendo perder cerca de 15 anos de vida real. Assim, a coordenação dos serviços de cuidados primários, especializada no acompanhamento deste distúrbio é fundamental para garantir o sucesso do tratamento e a qualidade de vida do paciente (Gómez, 2022).

Ainda segundo o autor, apresentam maior morbidade e mortalidade por fatores de risco cardiovascular, os indivíduos com obesidade, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, VIH, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), e o consumo de substâncias tóxicas como por ex. a cocaína, heroína, haxixe e outras drogas.

Para Gómez (2022), o suicídio é a principal causa de morte prematura em pacientes com esquizofrenia. A prevalência de tentativas de suicídio em pacientes com esta perturbação situa-se entre os 20% e os 50%, enquanto a dos suicídios consumados é de 10%, sendo o fator de risco mais relevante o fato de ter sofrido um episódio depressivo, embora as alucinações auditivas e uso concomitante de drogas também possam estar envolvidos e constituir uma agravante.

Os sintomas característicos da esquizofrenia abrangem uma ampla gama de alterações cognitivas e afetivas, que de entre outras funções, envolvem a comunicação verbal. Esses distúrbios de comunicação em pacientes esquizofrénicos demonstram que estes expressam uma linguagem desorganizada, o que faz parte da dimensão desorganizada dos sintomas positivos da doença (Martinez, 2017).

Os sintomas que ocorrem nesta doença dividem-se em: sintomas positivos caracterizados pelos episódios psicóticos: alucinações, delírios, desordem de pensamento e de movimento e os sintomas negativos que se relacionam com a diminuição da expressão emocional ao nível do rosto, o contato visual, o tom de voz e a redução da fala, os movimentos corporais (das mãos por exemplo) que vão acompanhar o discurso (APA, 2013).

Os sintomas cognitivos são mais leves ou mais graves, tendo em conta se há dano ao nível do funcionamento executivo, se afeta a concentração e a memória de trabalho ou cria problemas de memória, entre outros (Gutiérrez, 2019 & APA, 2014).

2.5 Classificação e Diagnóstico

A esquizofrenia não é diagnosticada através de testes ou de exames específicos e sim por uma avaliação psiquiátrica, para que o médico estude e analise os sintomas e a história clínica do paciente. Devido à complexidade dos sintomas da esquizofrenia, muitos casos não são diagnosticados corretamente à primeira (Gómez, 2022).

Para que seja realizado um bom diagnóstico da doença, o paciente tem de apresentar dois ou mais dos seguintes sintomas, por um considerável período de tempo, (por ex.: durante

um mês): alucinações, discurso desordenado, comportamento marcadamente desorganizado ou e sintomas negativos (fraca expressão emocional, alogia), (Saraiva, 2014).

O DSM-V, refere que para um indivíduo ser diagnosticado com esta doença tem que possuir pelo menos dois sintomas do critério A, sendo um deles delírios, alucinações ou discurso desorganizado (Martinez, 2017).

Nesta perturbação, os aspetos genéticos estão interligados com os aspetos ambientais, uma vez que os genes recaem sobre uma eventual probabilidade ao passo que os aspetos ambientais levam à manifestação da doença. Os fatores ambientais fazem referência à idade avançada do pai, altura do nascimento, complicações na gravidez e em menor grau o crescimento em zonas urbanas, pertença a um determinado grupo étnico, uso de substâncias psicotrópicas e traumas na infância (Saraiva, 2014).

Quanto ao aspeto psicológico, podemos incluir fatores como stresse, traumas de vida e uma personalidade esquizoide pré-mórbida (OMS, 2019).

Existem algumas diferenças entre o DSM-V e o CID-10 no que diz respeito à classificação da esquizofrenia: na categoria da doença, nos seus sintomas característicos, no curso e na sua exclusão (Saraiva, 2014).

A categoria no CID-10 é de F20 e no DSM-V é de 295.90 (OMS, 1993 & APA, 2013)

O diagnóstico diferencial da esquizofrenia deve ser feito mediante a presença de condições orgânicas como tumores cerebrais (frontal, temporal), doença do lobo temporal, epilepsia, encefalopatia, encefalite viral, abscessos cerebrais e outros. Também deve ser diferenciado de quadros afetivos com sintomas psicóticos associados, perturbações da personalidade e outros (Gómez, 2022).

2.3 Etiologia

A esquizofrenia manifesta-se mais comumente durante o período da adolescência e o início da idade adulta, podendo ter inicialmente como sintomas pouco específicos uma ausência de energia e anedonia pelas atividades do quotidiano e sociais. Pode começar a

surgir também um humor hipotímico e um desleixo com a aparência física e a higiene. Contudo, não são estes os principais sintomas que confirmam um quadro clínico da doença (Alves & Silva, 2001).

Os sintomas da esquizofrenia são diversos, retratam a perda do indivíduo com a realidade e podem ser classificados como já vimos anteriormente, por positivos ou negativos. Nos positivos inserem-se sintomas como os delírios, em especial persecutórios e as alucinações. Os delírios são crenças ou convicções que são rejeitadas pelo raciocínio lógico e são perspectivas erradas das percepções. As alucinações são percepções falsas que acontecem ao mesmo tempo que as verdadeiras, mas podem diferenciar-se porque se originam no “interior” do indivíduo, ainda que o mesmo as veja no exterior (Saraiva, 2014).

As alucinações podem ser auditivas, que são as mais comuns, visuais, mais raras, olfativas, gustativas e táteis, estas últimas também não são muito comuns, sendo que se encontram em 15 a 25% dos doentes (sensação de serem cortados, tocados, queimados). Os doentes reportam que ouvem vozes, ruídos, sussurros e na maior parte das vezes estes são de conotação negativa, comentários pejorativos, ofensivos e humilhantes (Saraiva, 2014).

Outros sintomas comuns nos doentes esquizofrênicos são o discurso e pensamento desorganizado, caracterizado por uma associação de ideias sem nexo e incoerente (Saraiva, 2014). Os sintomas negativos da esquizofrenia englobam a redução das funções normais, como é o caso da perda da expressão emocional. Ou seja, há uma diminuição da expressão facial e dos movimentos corporais espontâneos, o desvio do contato visual, há também uma perda do interesse pelas relações sociais e afetivas, o uso de uma linguagem e vocabulário mais pobre, entre outros (Saraiva, 2014).

Para além destes sintomas, pode haver também outros a nível cognitivo, que atingem principalmente a atenção e a memória do indivíduo, podendo haver também uma redução do Quociente de Inteligência (QI) (Adad, Castro, & Mattos, 2000) e ainda, alguns sintomas/comportamentos agressivos. Apesar de tudo, os esquizofrênicos raramente são violentos, embora os delírios de perseguição e o uso de drogas aumentem esse risco.

Quando a violência ocorre, atinge geralmente os membros da família e dentro de casa (Saraiva, 2014).

Segundo Barrowclough & Colaboradores (1994), citados por Saraiva (2014), o ambiente familiar pode ser um risco para estes indivíduos pois associa-se a possíveis recaídas e a um pior prognóstico. Isto porque normalmente implica expressões que geram hostilidade, críticas ao utente e pressão sobre mesmo. É por isso que Saraiva (2014) defende que as famílias devem ser orientadas por profissionais por ex. em sessões de grupo.

Estes indivíduos são também mais vulneráveis ao stresse. Pequenos acontecimentos podem despoletar stresse e piorar os sintomas. Alguns podem acontecer devido à doença, outros a acontecimentos de vida que provocam recaídas. É importante, por isso, marcar os eventos de vida que o doente e a família considerem importantes e que possam ter impacto no mesmo (Saraiva, 2014).

2.3 Terapêutica / Psicoterapia

A intervenção com portadores desta perturbação não é fácil, e será sempre mediada primeiramente pelo médico psiquiatra. Em princípio, só será possível trabalhar com estas pessoas quando estão devidamente medicadas. Contudo, uma abordagem psicoterapêutica não farmacológica poderá sempre beneficiar os pacientes bem como os seus familiares (Prouty, 2001).

Segundo Paul et al. (2016), existem estudos desde 2002, em que as diretrizes foram amplamente divulgadas e incluem recomendações específicas sobre terapias psicológicas. A terapia cognitivo-comportamental e as intervenções familiares têm sido recomendadas em todas as etapas do tratamento. Ainda segundo os autores, embora a orientação possa ter aumentado o perfil das intervenções psicológicas, a aceitação e a avaliação da implementação continua de certa forma negligenciada.

A revisão sistemática mais recente das taxas de implementação de CBT e TF descobriu apenas uma publicação da *Healthcare Commission* do Reino Unido que relatou as

taxas de implementação e concluiu o seguinte: em média, 46% das pessoas receberam CBT e 53% receberam TF em um período de 12 meses. Embora as estimativas variassem amplamente, o relatório destacou que, apesar da ampla divulgação da diretriz, ainda havia uma necessidade significativa não atendida no que respeita ao acesso às intervenções psicológicas (Gómez, 2022).

O tratamento farmacológico da esquizofrenia consiste na administração de antipsicóticos, sendo que o surgimento desses depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) data da segunda metade do século XX, com a descoberta da clozapina, em 1952 e do haloperidol em 1958. Estes antipsicóticos de primeira geração, também chamados de clássicos ou típicos, possuem um mecanismo de ação que consiste no antagonismo ou bloqueio do recetor D2 da dopamina (Gómez, 2022).

Posteriormente, o tratamento poderá ser ajustado de acordo com a evolução e, uma vez alcançada a estabilização, será importante fornecer psicoeducação ao paciente e familiares, com o objetivo de evitar recaídas, ajudando no reconhecimento de pródromos², reforçando a adesão ao tratamento, motivando-os a reduzir o consumo de tóxicos e melhorar a autonomia do paciente. De entre as intervenções psicossociais, a que tem se mostrado mais eficaz na redução das recaídas é a TF, principalmente aquelas que incluem psicoeducação em grupo. Por sua vez, a eletroconvulsoterapia pode ser indicada para pacientes que apresentem quadros graves: sintomas psicóticos, refratários ao tratamento antipsicótico ou catatonia (Gómez, 2022).

Estudos mostram que, independentemente do curso da doença, 25% dos pacientes com esquizofrenia evoluem com os sintomas controlados e com uma boa reinserção na família e na sociedade. Por outro lado, outros 25% sofrem do contrário, com sintomatologia residual grave, o que impacta a sua cognição. Os restantes 50% estão num limbo, no meio da escala, estáveis, mas sem progressos significativos (Saraiva, 2014).

² Conjunto de sintomas que antecedem a manifestação de uma doença.

No entanto, segundo Prouty (1994), há na literatura uma tendência crescente para caracterizar a esquizofrenia como uma síndrome de etiologia variada e desta feita com uma enorme possibilidade de combinação de sintomas. A investigação das últimas décadas tem proporcionado resultados satisfatórios e permite de forma sensata interpretar esta patologia em termos de dimensões interativas, sendo que muitos dos resultados obtidos através de investigação especializada, convergem num quadro de esquizofrenia entendida como a uma trágica condição humana (Prouty, 1994). O mesmo autor defende que através da terapia centrada no cliente é possível estabelecer o contato pessoal entre um psicoterapeuta e um doente esquizofrénico por forma a que, a médio e a longo prazo se verifiquem efeitos benéficos para o indivíduo tendo em conta as suas potencialidades de autoatualização.

2.4 Perturbações do Humor

As perturbações do humor, também designadas por perturbações afetivas, representam o grupo de diagnóstico mais frequente identificado em psiquiatria e também o diagnóstico psiquiátrico com maior predominância nas várias especialidades médicas (Baumeister, H., & Härter, M. 2007).

As definições dos conceitos, afetos, emoções e humor muitas vezes são usadas indistintamente na prática médica e na área da saúde mental, mas estes representam conceitos diferenciados e por isso devem ser distinguidos (Baumeister, H., & Härter, M. 2007).

Humor: o humor corresponde ao estado de ânimo basal de um indivíduo, e por isso tem uma duração mais prolongada do que os afetos ou do que as emoções. Apesar de poder apresentar uma relação com estímulos externos ou eventos da vida, tem tendência a ser independente destes. As alterações do humor, geralmente, são acompanhadas de outros sintomas que interferem na motivação, vontade, ritmos biológicos e/ou padrões cognitivos (Baumeister, H., & Härter, M. 2007).

De acordo com o DSM-V, a perturbação do humor é uma condição psiquiátrica em que a principal característica é uma perturbação emocional prolongada e generalizada, tal

como uma perturbação depressiva, bipolar ou uma perturbação do humor induzida por substâncias. Incluem-se também as perturbações do humor devidas a uma condição médica geral, em que se acredita que as perturbações fisiológicas consequentes produzem as alterações emocionais e as perturbações do humor não especificadas, que não satisfazem os critérios de diagnóstico para qualquer uma das perturbações do humor específicas (APA, 2013).

No DSM-V, as perturbações do humor dividem-se em duas categorias: perturbações bipolares e relacionadas - que incluem as perturbações bipolares e os seus subtipos I e II - e as perturbações depressivas (APA, 2013).

De acordo com o CID-10: A relação entre a etiologia, os sintomas, os processos bioquímicos básicos, a resposta ao tratamento e o resultado das perturbações do humor ainda não foram suficientemente compreendidas para permitir que a sua classificação seja aceite universalmente (OMS, 1993).

Nas perturbações depressivas e bipolares, o sintoma fundamental é a alteração no humor ou no afeto, acompanhadas frequentemente pela depressão (com ou sem ansiedade associada) ou por euforia. A maioria destas perturbações tende a ser contínua, e o início de episódios individuais está frequentemente relacionado com eventos ou situações stressantes (Correia, 2014).

A distinção entre depressão unipolar e depressão bipolar, apoia-se na existência de um acesso maníaco, hipomaníaco ou misto. Estes podem surgir como um episódio inaugural da doença bipolar, mas surge mais frequentemente na evolução de uma depressão até então considerada unipolar. A dicotomia unipolar/bipolar é suportada por dados epidemiológicos, genéticos e de resposta ao tratamento, motivo pelo qual mantém grande relevância nos sistemas classificativos atuais DSM-V e CID-10 (APA, 2013; OMS, 1993).

2.5 Aspectos Gerais e Epidemiologia

Os sintomas da depressão deverão persistir na maior parte do dia, durante quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. Um episódio depressivo deve ser acompanhado por um sofrimento clinicamente significativo a nível do funcionamento social e ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo (OMS, 1993).

Os seguintes critérios devem ser considerados: humor deprimido/vazio, anedonia; fadigabilidade; perda de confiança/auto-estima; autocensura e culpa excessiva; pensamentos ou comportamentos de suicídio; dificuldade de concentração; alteração psicomotora: lentificação, agitação; alteração do sono; alteração no apetite com alteração no peso; baixa reatividade emocional; agravamento matinal; depressão atípica; sazonal; psicótica; distímia (OMS, 1993).

2.6 Classificação e Diagnóstico

Na perturbação bipolar tipo I, segundo o DSM-V, é necessário ter ocorrido pelo menos um episódio maníaco. A elevação do humor é grave e persistente (mania), caracterizada por alterações de humor. Tanto pode envolver períodos de humor elevado como o oposto. Segundo o CID-10 é necessário ter ocorrido dois ou mais episódios. Os indivíduos com episódios de mania ou hipomania são denominados de bipolares (Correia, 2014).

Na perturbação bipolar tipo II, segundo o DSM-V, é necessário ter ocorrido pelo menos um episódio hipomaníaco atual ou anterior (durante 4 dias) e também um ou mais episódios depressivos major (pelo menos durante 2 semanas); A alternância entre os períodos de hipomania e depressão originam sofrimento e provocam danos na vida social ou profissional do indivíduo, bem como dos seus significantes. A característica principal é a impulsividade, o que muitas vezes origina situações em que a pessoa pode inclusivamente tentar por fim à sua própria vida (APA, 2013).

2.7 Etiologia

A perturbação depressiva major constitui o diagnóstico psiquiátrico mais prevalente e embora seja uma perturbação relativamente heterogénea na sua apresentação clínica, apresenta critérios de diagnóstico bem definidos. Representa uma patologia com elevado grau de incapacidade e absentismo laboral, demonstrando, num elevado número de casos a tendência para a cronicidade (Carvalho, 2017).

Dados da OMS (2019) revelam que a depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. É cerca de duas vezes mais frequente no sexo feminino sendo mais frequente em indivíduos divorciados, desempregados e de baixo estatuto socioeconómico. Está associada a outras perturbações psiquiátricas como as perturbações de ansiedade em geral e abuso de substâncias. Possui risco de suicídio 20 vezes superior à população em geral. Demonstra também maior relação com as doenças do foro cardiovascular (Firmino et al., 2019).

2.8 Perturbação Depressiva Induzida por Substâncias

A perturbação depressiva induzida por substâncias abrange os sintomas de uma perturbação depressiva, como a perturbação depressiva major, no entanto, a depressão está associada à abstinência, à ingestão, injeção ou inalação de uma substância (por ex., estupefacientes, exposição a uma toxina, medicamento psicotrópico ou outra substância) e persiste além da duração esperada dos efeitos fisiológicos, da intoxicação ou do período de abstinência (Leal & Ribeiro, 2021). Optou-se por incluir esta vertente da perturbação depressiva, tendo em conta as particularidades da população-alvo.

2.9 Terapêutica / Acompanhamento Psicológico

Perante uma suspeita de perturbação do humor como a depressão e/ou perturbação bipolar, deve manter-se uma atitude vigilante pesquisando ativamente por sintomatologia. Caso esta seja identificada, deve ser realizada uma avaliação dos riscos e monitorização da evolução do quadro com colaboração entre a família e a equipa médica (médico de família ou – preferencialmente - psiquiatra) (Bragança, & Marinho, 2018).

Dependendo dos graus e dos tipos de perturbações, as abordagens variam entre: abordagem psicossocial; psicoterapia individual e/ou de grupo; Intervenção farmacológica; Otimização do tratamento, (se não houver melhoria com a primeira opção de tratamento ao fim de 3 ou 4 semanas, a dose farmacológica pode ser aumentada ou o antidepressivo pode ser substituído). Ainda, consoante o fato que desencadeou a condição pode-se recorrer a outras formas de terapia, podendo passar inclusivamente pela eletroconvulsoterapia e neuromodulação³ em psiquiatria (Figueira et al., 2014).

As doenças da perturbação do humor são graves e com elevada prevalência na população em geral. Condicionam a capacidade e causam prejuízo no funcionamento global do indivíduo. Clinicamente, estas afetam de forma negativa as várias esferas do funcionamento global dos pacientes, nomeadamente os domínios afetivo/emocional, cognitivo, somático, motor e comportamental (Bragança, & Marinho, 2018).

A etiologia em qualquer destas doenças parece resultar de uma complexa interação entre fatores biológicos e psicossociais. O diagnóstico das doenças do foro da perturbação do humor e os seus diferentes subtipos, é realizado através da análise criteriosa de sinais e sintomas, da forma como estes se associam e evoluem no tempo, bem como do impacto que estes têm no funcionamento psicossocial do indivíduo. Fatores como a vulnerabilidade genética, fatores do neurodesenvolvimento, eventos ambientais e modificações epigenéticas

³ Neuromodulação é o processo fisiológico pelo qual um determinado neurónio usa um ou mais produtos químicos para regular diversas populações de neurónios.

podem conduzir a alterações a nível neuroquímico, neuroendócrino, neuroestrutural e neurofuncional em várias estruturas cerebrais (Correia, 2014; Seth, 2018).

No que envolve à terapêutica, esta abarca uma abordagem multidimensional em áreas como o estilo de vida, psicofarmacologia, psicoterapia e métodos de neuromodulação. Estas respostas são regra geral eficazes na remissão da sintomatologia. Contudo, o curso da doença é variável e deve ter-se sempre em mente o diagnóstico diferencial com perturbação bipolar (Carvalho, Jara & Cunha, 2017). O prognóstico irá depender de um conjunto diversificado de fatores que incluem desde stressores psicossociais a comorbilidades médicas crónicas e/ou psiquiátricas.

As doenças do espectro das perturbações do humor são das perturbações psiquiátricas mais significativas pois implicam maior morbilidade. Por este motivo, continua a ser essencial um melhor entendimento da etiopatogenia da doença com subsequente desenvolvimento de novas opções terapêuticas com maior eficácia, superior ao perfil de efeitos adversos e relação custo-benefício (Costa, Santos, & Soares, 2016).

2.10 Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG)

As perturbações da ansiedade são um grupo de perturbações mentais caracterizadas por sentimentos de medo patológico. Estas dizem respeito a situações imaginativas e não são induzidas propriamente por uma ameaça real, o que os distingue do medo (Dominik, 2022). Muitas vezes manifestam-se como um estado de angústia e expectativa por uma experiência negativa indefinida.

Estes medos são irracionais por natureza e podem ser acompanhados por sintomas físicos como taquicardia, sudorese, náuseas, vômitos, dor e desconforto no peito, cefaleia tensional, dificuldade em adormecer e até por convulsões (Stein D., Seedat S., 2004).

Tais distúrbios são comuns na neurose, psicose, na depressão e no humor. As causas destes distúrbios possuem uma combinação genética e de fatores ambientais. Por sua vez,

o assédio sexual na infância, a presença de perturbações mentais na família e até a pobreza, aumentam o risco de desenvolver as perturbações de ansiedade (Dominik, 2022).

Por outro lado, estas também podem ser desencadeadas por consumo de álcool, drogas ou cafeína. Estima-se que isto ocorra em uma pequena percentagem da população. Pacientes acometidos por perturbações de ansiedade utilizam os serviços médicos em média, sete vezes mais frequentemente do que a população em geral (Dominik, 2022).

A sensação de ansiedade pode ser permanente. Quando falamos de perturbação de ansiedade generalizada. Os indivíduos são constantemente acompanhados por um sentimento injustificado de tensão e perigo. Queixam-se de dificuldade em adormecer e em diminuição de concentração (Dominik, 2022).

Podem existir sintomas de desrealização e despersonalização, bem como como medo de perder o controle sobre si mesmo. As perturbações de ansiedade são frequentemente acompanhadas por queixas somáticas, tais como: taquicardia, tremores, incapacidade de relaxar, fadiga, sudorese, ondas de calor, boca seca, náusea e dor no peito. Estes sintomas são frequentemente a principal razão para que entrem em contato com o médico de clínica geral (OPP, 2015).

De acordo com estudos científicos, 23% das pessoas internadas no hospital com dor torácica preencheu os critérios para perturbação de ansiedade generalizada (Dominik, 2022).

Esta perturbação pode manifestar-se através do isolamento social, choro, uma constante irritação, desconforto em determinadas situações, tremores, palpitações, náuseas, arrepios e súbito aumento da temperatura corporal (APA, 2014). O tratamento desta perturbação pode ser realizado através de terapia de exposição, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia e psicofarmacologia (Correia, 2014).

2.11 Consumo de Substâncias

É inevitável abordar aquela que é uma das problemáticas bem patentes ao longo dos tempos, na Instituição. Como preâmbulo à apreciação deste tema, olhemos para aquilo a que

Maté (2023), denominou como os dois equívocos principais das adições: um é que a dependência é um produto de “más escolhas” e o outro, é que se trata de uma doença. Segundo este autor, nem um nem outro explicam este problema social persistente. O ponto de vista das más escolhas, já nem sequer devia merecer uma referência, dados os avanços científicos na compreensão do problema, contudo, continua firmemente implantado na mentalidade coletiva.

Ainda segundo Maté (2023), a maioria das pessoas toxicodependentes tiveram poucas escolhas mesmo antes dos seus hábitos se enraizarem. Os seus cérebros chegaram a esse momento já debilitados pelas experiências de vida particularmente suscetíveis aos efeitos da sua droga favorita, quer isso se trate de uma substância ou de um comportamento. Em suma, o modelo da escolha, ignora a questão daquilo que, para começar, impulsiona uma pessoa para a dependência.

Por outro lado, o paradigma da doença, que ainda é defendido pela maior parte dos especialistas em dependências e programas de tratamento, não tem em conta o elemento humano, ou seja, separa a mente do corpo ou neste caso, o cérebro/corpo e olha para o cérebro em termos meramente bioquímicos (Maté, 2023).

A verdade é que os acontecimentos pessoais e sociais filtrados pela mente, moldam o cérebro ao longo da vida. Cientificamente, não se pode separar a biologia da biografia, em especial ao falar de um processo que tem tantas camadas psicológicas como a dependência. Não é que não seja importante considerar a vertente neuroquímica da dependência, mas o trabalho de vários cientistas tem demonstrado que, gradualmente, as substâncias da dependência mudam efetivamente o cérebro, de modo que funções essenciais como a regulação dos impulsos fiquem significativamente comprometidas à medida que os circuitos de recompensa e motivação se vão habituando às drogas desejadas (Maté, 2023).

O cérebro torna-se um órgão fragilizado com reduzida capacidade para fazer escolhas racionais e, em vez disso foca-se obsessivamente na satisfação dos impulsos de dependência. Com tudo isto, equacionar a dependência como uma doença largamente genética tratável é um passo em frente em termos científicos e humanos face ao modelo

culpabilizante das más escolhas. Tal como nunca nos passaria pela cabeça culpar o paciente de um rim doente também não faz sentido recriminar alguém por ter um cérebro doente, em especial se essa doença foi herdada⁴ (Maté, 2023).

No que respeita ao consumo de Substâncias Psicoativas (SPA) a abordagem psicológica deve inevitavelmente e para além do reconhecimento sintomatológico proporcionado pelo DSM-V ou pelo CID-10, colocar o seu ênfase na compreensão do papel desempenhado pela substância, na vida do indivíduo, procurando proporcionar alternativas a essa função, ao invés de conter ou cessar a manifestação do incómodo (Leal & Ribeiro, 2021).

Deste modo, é essencial compreender o consumo de SPA em função da fase de desenvolvimento na vida do indivíduo em que ocorre e enquadrá-lo nos processos adaptativos em curso. Por exemplo: uma mudança de ciclo de vida, entrada ou saída do mercado de trabalho, passagem para uma situação de desemprego, mudança de estado civil, confronto com perdas e/ou outras situações traumáticas (Leal & Ribeiro, 2021)

2.12 Respostas de Tratamento

As primeiras respostas de tratamento aos comportamentos aditivos e às dependências surgem em Portugal em 1973 e 1974, respetivamente. Em 1987, é criado o primeiro centro de tratamento dedicado exclusivamente a esta problemática no âmbito da saúde o centro das Taipas (Leal & Ribeiro, 2021).

Em 1999, Portugal enfrentava uma epidemia de consumo de heroína sobretudo por via endovenosa, que abrangia 1% da população agudizada pelos elevados índices de seropositividade ao VIH e às hepatites. O crescimento dos casos de *overdose*, a alta taxa de desemprego, um generalizado sentimento de insegurança, colocavam o problema da toxicodependência entre as maiores preocupações da população (Leal & Ribeiro, 2021). É

⁴ Segundo o relatório de 2016 da sociedade americana de medicina da dependência dos Estados Unidos da América sobre consumo de substâncias, até 50% da doença deve-se a fatores genéticos (Maté, 2023).

neste cenário que é lançada a estratégia nacional de luta contra a droga do Ministério da Saúde de 2006, a qual enquadra a adoção em 2000 da lei da droga que descriminaliza pela primeira vez no mundo, o consumo de substâncias psicoativas. Este diploma mantém como ilegal o consumo das referidas substâncias, mas situa a resposta ao problema no plano da saúde e não no da justiça, encarando o consumidor como uma pessoa que padece de uma doença que necessita de apoio e não de uma penalização (Leal & Ribeiro, 2021).

Neste contexto, verificou-se a redução do estigma da pessoa com problemas de dependência o que facilitou igualmente a aproximação aos serviços bem como à antecipação do pedido de ajuda, evitando, deste modo, que fosse concretizado apenas em situações extremas de saúde ou de compromisso social, contribuindo para a mudança do perfil do utente das respostas de saúde para esta problemática (Leal & Ribeiro, 2021).

2.17 A Atuação do Psicólogo nos Comportamentos Aditivos e Dependências

A função do psicólogo na área dos comportamentos aditivos vai bastante para além do plano psicoterapêutico *strictu senso*. A sua sensibilidade é essencial a outros níveis de intervenção como a dissuasão, a prevenção, a redução de riscos e a reinserção. A sua abordagem atua no quadro dos comportamentos não numa perspetiva delinquente, mas num modelo de compreensão dos comportamentos aditivos que os situa no plano da saúde, procurando criar as condições para um processo nestas estruturas (Leal & Ribeiro, 2021).

Cabe ao psicólogo a recolha da história clínica e a avaliação do grau de risco nos sujeitos indiciados, a aplicação de instrumentos de diagnóstico precoce as abordagens motivacionais e a aplicação do modelo de intervenção. Estas, apelam às competências do psicólogo nas quais a valência clínica é muito marcada e assumem um carácter essencial na abordagem escolhida, tendo em conta que proporcionam ao indivíduo uma consciencialização da sua relação com as substâncias, desmontando crenças por si construídas a fim de reduzir a dissonância de uma opção socialmente não aprovada e psicologicamente e individualmente, prejudicial (Leal & Ribeiro, 2021).

É normalmente a percepção das discrepâncias aquilo que reforça a motivação para a mudança e consequentemente a adesão à referenciação para um especialista ou para um serviço especializado também no plano de prevenção, o que revela as competências iniciais do psicólogo do plano dos programas de intervenção. Estes podem ser psicoeducativos, grupos de desenvolvimento de competências emocionais, desenvolvimento de intervenções de apoio à função parental ou à reflexão sobre os riscos inerentes às dinâmicas sistémicas, independentemente de se aplicarem a famílias, instituições ou comunidades (Leal & Ribeiro, 2021).

O papel do psicólogo ganha um valor adicional quando a prevenção é diferenciada em função do nível de risco da população a que se destina se a prevenção universal se centra sobre a promoção de um estado de bem-estar e o reforço da capacidade de proteção face ao estímulo para o consumo. Já a prevenção seletiva e indicada incide sobre grupos ou indivíduos nos quais existe uma vulnerabilidade facilitadora do comportamento de risco nomeadamente a presença de consumos ocasionais. Neste plano de intervenção, as abordagens aproximam-se fortemente da base clínica individual ou grupal visando a identificação dos riscos e o desenvolvimento estratégias para lidar com estes (Brites, Brandão, Pereira, Hipólito, & Nunes, 2020).

Em alguns casos a vulnerabilidade identificada poderá exigir a estruturação de contextos protetores e o desenvolvimento de intervenções de reforço das estratégias de autorregulação ou de regulação externa, sobretudo face a situações de perturbação de desenvolvimento caracterizadas pela iluminância do comportamento impulsivo ou pela facilidade de desenvolvimento de esquemas compulsivos. Nesta perspetiva a sensibilidade do psicólogo alarga-se do contexto tradicional da saúde para o domínio da abordagem integrada. Neste formato de intervenção as competências relacionais são essenciais para uma abordagem de proximidade longe do apoio institucional a fim de induzir um sentimento de confiança e proporcionar uma maior consciência dos riscos de forma não ameaçadora, suscitando interesse no conhecimento e apoio que possam advir destes profissionais (Brites et al. 2020).

Por fim o último plano de intervenção no qual o psicólogo poderá participar fora do clínico é o da reinserção, e é entendida como uma etapa que visa a promoção das competências pessoais necessárias à plena reinserção social. O psicólogo encontra na promoção da sociabilidade um domínio de aplicação da sua competência, explorando problemáticas como o isolamento a exclusão e o preconceito, numa abordagem que poderá assumir um formato individual, grupal ou comunitário (Leal & Ribeiro, 2021).

Parte III. Intervenção

3 Fundamentação Teórica da Intervenção

Tal como vimos anteriormente, uma intervenção holístico-humanista poderá ser a mais adequada para intervir com a população em causa. Como é sabido, o sofrimento é intrínseco à condição humana, e este verifica-se mais acentuadamente em indivíduos com ansiedade, depressão, e baixa autoestima. Mas não só, é também patente noutras psicopatologias e perturbações, sejam elas: alimentares; do sono; sexuais; das adições; fobias, entre outras. O acompanhamento psicológico, é indicado para todas as pessoas que apresentem algum tipo de sofrimento (Leal, 2016).

Quando a entrevista de ajuda é assumida como tal, o psicólogo investe desde o primeiro momento, na qualidade da relação que estabelece e quando há incongruência por parte do cliente, o psicólogo, assume-se como apaziguador desse estado de ser (Leal, 2011). Se isto é verdade para a população anterior, parece ainda mais pertinente quando se trata de pessoas com doença psiquiátrica como esquizofrenia, psicoses, perturbações do humor, depressão unipolar, bipolar, adições, como é o caso de muitos elementos da população em causa (Prouty, 1999).

Através da relação terapêutica, é expectável, mas não necessariamente garantido que os utentes ganhem uma maior consciencialização da importância da toma da medicação psicofarmacológica, por forma a manterem-se psicologicamente compensados.

3.3 Uma Perspetiva Humanista

Ainda na senda do tema deste relatório, torna-se importante abordar uma definição adequada da psicologia humanista. O humanismo inicia-se com os pressupostos existenciais de que as pessoas possuem livre arbítrio e são motivadas para alcançar o potencial de se realizarem. A psicologia humanista possui uma perspetiva que enfatiza a visão da pessoa como um todo e a singularidade de cada indivíduo e é, denominada de “terceira força” na psicologia, em oposição à psicanálise e ao comportamentalismo (Maslow, 1968).

O humanismo rejeitou as premissas *behavioristas* que se caracterizam como deterministas, focadas no reforço do comportamento estímulo-resposta e fortemente dependente da pesquisa animal. Por sua vez, também rejeitou a abordagem psicodinâmica visto que esta é também determinista, através das forças inconscientes e instintivas, determinando o pensamento e o comportamento humanos (Rogers, 1946).

Tanto o *behaviorismo* como a psicanálise podem ser considerados desumanizantes pelos psicólogos humanistas. Segundo Leal (2016), o impacto humanista pode ser entendido em algumas linhas gerais, como uma concepção do homem sobre a qual o indivíduo tem a capacidade de experimentar conscientemente os fatores da sua inadaptação psicológica, isto é, as incongruências entre si próprio e a totalidade das suas experiências.

As terapias humanistas evoluíram nos Estados Unidos da América (EUA) durante a década de 1950. Carl Rogers (1959), um dos grandes percursores, propôs a ideia de que a terapia poderia ser mais afetuosa e mais proximal do que aquela que era realizada por psicólogos psicodinâmicos ou do comportamento.

A visão de Rogers (1951) difere portanto de forma clara das abordagens anteriores, na medida em que sugeriu na sua abordagem que os clientes seriam beneficiados se fossem encorajados a concentrar-se na sua compreensão subjetiva atual, em vez de nos motivos inconscientes ou na interpretação da sua situação por outra pessoa (Kirschenbaum, 2004).

Rogers (1961), sustentou que os nossos comportamentos surgem à medida como compreendemos a nossa situação e que nós somos os melhores intérpretes de nós próprios. Defendendo determinadamente que a teoria deveria surgir da prática, Rogers (1961) desenvolveu a sua teoria com base no seu trabalho com pessoas com dificuldades emocionais e afirmou que o indivíduo possui uma capacidade de autocura e de desenvolvimento pessoal que leva à autorrealização. Além disso, enfatizou a percepção atual do indivíduo e a forma como vivemos o aqui e o agora (Kirschenbaum, 2004).

Existe ainda na perspectiva humanista, um movimento natural no sentido do desenvolvimento e da maturação do indivíduo, ou seja, do seu crescimento, o que supõe que o organismo, tem como perseguir os fins que lhe são próprios e possui a capacidade de

regular o seu sistema por ele próprio, o que o coloca em condições de modificar a sua estrutura interna para atingir esses fins (Rogers, 1959). O que se pretende, é determinar a qualidade e o grau da falta de significado que o sujeito atribui a si mesmo, à sua vida ou ao problema que o aflige. Este facto abre portas do ponto de vista metodológico à interpretação, como investigação sistemática dos sentidos que o indivíduo atribui à sua própria narrativa e sobre o mundo que o rodeia (Leal, 2016).

3.4 A Terapia Centrada no Cliente (TCC)

A Terapia Centrada no Cliente (TCC) é uma abordagem humanista, caracterizada por atitudes na relação terapêutica por parte do psicólogo e que se pauta por 3 pilares fundamentais: a não diretividade, a tendência atualizante e as 6 condições (Brodley, 1997). Hipólito (2011) acrescenta ainda a hipercomplexificação do indivíduo. Pode referir-se assim que, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), promove a aceitação e a compreensão do indivíduo em todas as suas dimensões, e não apenas nos seus problemas ou sintomas (Brodley, 2000).

Rogers (1959), denominou sua abordagem terapêutica de terapia centrada no cliente. Uma das grandes diferenças entre psicoterapeutas humanistas e outros terapeutas é que estes referem-se aos indivíduos que estão em terapia como “clientes”, não como “pacientes”, isto acontece porque os humanistas percebem o terapeuta e o cliente como estando no mesmo patamar, ou seja como iguais e não propriamente como um especialista que trata um paciente.

Quando uma pessoa procura ajuda psicoterapêutica centrada na pessoa, está em estado de vulnerabilidade ou ansiedade (incongruência). Contrariamente àquilo que acontece noutras abordagens é o cliente a pessoa responsável por produzir melhorias na sua vida e não ao contrário. Esta é claramente uma atitude contrária à psicanálise ou às terapias cognitivo-comportamentais, onde o poder reside essencialmente no especialista. Assim, na tcc é o cliente que decide por si próprio, de forma consciente aquilo que é inadequado na sua

vida, e naquele momento aquilo que pode ser feito em relação a isso. Desta feita, o terapeuta centrado no cliente é mais propriamente um facilitador, um ouvinte, que não dirige, não interpreta e não opina (Rogers, 1951).

Rogers (1951) cit. por Nunes, Hipólito e Brites (2018) rejeitou a interpretação pois acreditava que, muito embora os sintomas pudessem emergir de vivências do passado, o cliente poderia beneficiar mais ao concentrar-se no presente. Eis, pois, uma vez mais, um corte com a teoria psicodinâmica e com aquilo que os psicanalistas ousam fazer: libertar os clientes do seu passado. Os terapeutas centrados no cliente, focam-se em auxiliar os seus clientes a atingir a evolução pessoal e a sua autorrealização.

Na psicoterapia rogeriana não existem técnicas uma vez que o foco da psicoterapia encontra-se na aliança terapêutica, ou, na relação terapêutica. Isto deve-se ao caráter único de cada relação, ou se pretendermos, à unicidade de cada ser humano (Rogers, 1951).

A noção de *self* ou o autoconceito são ideias primordiais na teoria de Rogers (1951). O autoconceito é um componente fundamental da nossa experiência vital e influencia tanto a nossa percepção do mundo como a nossa percepção de nós próprios, podemos estar aqui a falar sobre o nosso *self* percecionado.

A abordagem de Rogers (1951), empodera a pessoa, que desta forma, constrói uma compreensão do seu mundo e de si própria. Nesta abordagem, que Rogers (1946) relatou como uma terapia não diretiva, o terapeuta adota um papel de simplificador que possibilita com que o cliente encontre as suas próprias respostas, partindo do pressuposto que este é quem melhor se conhece a si próprio. Assim, o cliente reconhece os seus dilemas e circunscreve a direção que o acompanhamento psicológico deve tomar.

Desta forma, é o cliente que escolhe se deve ou não centrar-se na sua infância, no seu emprego, na sua família, nas suas relações amorosas, ou noutros aspetos da sua vida. O papel do psicólogo é de apoio, não de reconstrução. O papel do cliente é de confiança no psicólogo e em si próprio. É desta forma que se permite ser mais autónomo, independente e empoderado. Munido destas forças, torna-se capaz de tomar as decisões que melhor se adaptem a si (Leal, 2018).

A terapia humanista de Rogers (1951) visa aumentar os sentimentos de autoestima de um indivíduo, reduzir o nível de incongruência entre o eu real e o seu eu ideal e ajudar a pessoa a tornar-se plenamente funcional.

Uma vez que a Instituição é pautada por valores humanistas, é impossível dissociar a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). A ACP possui como pilares fundamentais: a não diretividade; a tendência atualizante e as 6 condições necessárias e suficientes: 1. Que duas pessoas estejam em contacto psicológico, ou seja, que cada pessoa produza uma diferença explícita ou implícita no campo existencial da outra; 2. Que a primeira pessoa - o cliente - esteja em estado de incongruência traduzido por vulnerabilidade e ansiedade; 3. Que a segunda pessoa, o terapeuta, esteja congruente na sua relação com a primeira (ou seja, que seja ele próprio que esteja presente na relação); 4. Que o terapeuta experimente uma atenção positiva incondicional para com o cliente; 5. Que o terapeuta experimente uma compreensão empática do quadro de referência interna do cliente; 6. Que o cliente perceba a atenção positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta a seu respeito (Rogers, 1957).

O modelo psicoterapêutico da terapia centrada no cliente assenta portanto num conjunto de atitudes que são denominadas por *core conditions*. Também designadas pelas 3 atitudes nodais: a compreensão empática, o olhar positivo incondicional e a congruência, que estão compreendidas nas 6 condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, como já foram descritas antes (Leal, 2018).

Segundo Hipólito (2011), Brodley, Kauffman, Morin & Rogers, (1959), partilham a visão da existência de uma tendência dos seres vivos para progredirem no sentido da complexificação. No que diz respeito à espécie humana, Rogers (1959), apelidou esta tendência como a tendência atualizante e definiu-a assim: na espécie humana, a mesma desenvolve-se a partir de uma célula até o funcionamento orgânico complexo.

Para o autor, este movimento é uma especificidade da tendência formativa, cuja presença existe desde o nascimento do universo. Refere ainda que se a tendência atualizante, não se deparar com impedimentos psicológicos graves, é proporcionada à pessoa o desenvolvimento na senda da maturidade (Rogers, 1977). No pensamento de

Hipólito (2011), o homem, como ser integrante do universo possui a aptidão de reunir, cuidar e transferir informação de uma forma distinta e produtiva. Considera que existe no ser humano um progresso no sentido da hipercomplexidade, ou na perspectiva de Maslow (1994), da autorrealização.

Rogers (1959), confia que a atitude não diretiva do terapeuta promove a autoconfiança do cliente que advém da tendência atualizante através da crença (científica) baseada nas capacidades de auto-organização e de autocura do organismo, existente em todos os seres vivos. Ainda assim, essa confiança supõe a presença de um conjunto de condições que possibilitem o desenrolar do processo. No *setting* psicoterapêutico, o conceito de orientação não diretiva, pensado por Rogers (1942), tem sido objeto de interpretações diferentes, o que gera confusão com a ideia de permissividade, algo que pode ser confundido com uma atitude de complacência. A atitude permissiva quando presente no contexto terapêutico, pode ser vivenciada pelo cliente como uma expressão de desinteresse. Consequentemente, a intervenção torna-se, ineficiente ou adversa (Hipólito, 2011). A não diretividade é a manifestação de uma predisposição filosófica de confiança no cliente e na sua capacidade de auto-organização e progresso.

No que respeita à dimensão psicológica, o indivíduo possui em si mesmo, recursos que lhe possibilitam aceder a uma auto compreensão, cujo impacto lhe permite um melhor entendimento e perceção de si próprio e com isso, através de uma melhor gestão dos seus comportamentos e atitudes, adquire uma maior liberdade para gerir a sua vida através de maior poder pessoal. Frequentemente, quem pede ajuda encontra-se num estado de vulnerabilidade psicológica e não encontra em si mesmo as capacidades de colocar os seus recursos em ação de uma forma ótima, sendo na relação com o terapeuta que encontra o terreno para que tal floresça e frutifique. O terapeuta pode assim fornecer as condições para que tal desenvolvimento aconteça (Leal, 2018).

Tal como referido, o papel do terapeuta não é neutro e/ou permissivo no sentido vulgar do termo, mas de nutrição para que esse florescimento aconteça. É um companheiro de

jornada que ombro a ombro de uma forma segura e calorosa vai proporcionar essa prosperidade (Nunes et al., 2018).

3.5 Caraterização da Intervenção

Conforme tivemos oportunidade de constatar, segundo esta abordagem, todos os organismos vivos possuem intrinsecamente uma aptidão de autocura. Neste tipo de intervenção, o terapeuta age como facilitador desses processos fornecendo condições relacionais que manifestam a facilitação da tendência atualizante (Hipólito, 2011). Assim sendo, a partir de Nunes et al. (2018), enumeramos os principais objetivos da terapia centrada no cliente: a) resolução da questão expressa pelo cliente no momento do pedido de ajuda; b) maximização das capacidades internas de cada pessoa; c) amplificação da confiança em si próprio (cliente); d) obtenção de um olhar mais positivo acerca de si próprio; e) compreensão das suas qualidades e dos aspetos menos positivos da sua personalidade; f) incremento da sua autonomia e sentido de responsabilidade, de forma a que o cliente possa responsabilmente escolher as decisões que melhor servem o seu propósito, independentemente do entendimento dos outros.

Em boa verdade não existe uma abordagem psicoterapêutica de eleição na Instituição, pelo simples facto de não existir um acompanhamento psicológico efetivo. A maioria dos utentes possui contacto com uma psicóloga que lhe foi designado(a), no exterior, ou seja, na comunidade.

Ainda assim, como foi referido, os valores humanistas presentes na UAT são sentidos, visíveis e quase que palpáveis, assim que se entra na porta de entrada. Os funcionários da UAT trabalham com muito compromisso, conseguindo ir muitas vezes além dos recursos disponíveis da Instituição e sempre com o maior respeito e dignidade pelo outro. Há uma certa “informalidade” no tratamento entre técnicos e utentes, ou seja, não existe uma “hierarquia subjugadora”.

Os utentes possuem o direito à sua autodeterminação e, pelo que me foi permitido constatar, existe um contacto muito próximo entre todos, bem como a presença do respeito mútuo. Não é pouco frequente presenciar atos de carinho, abraços, gestos de atenção entre todos quantos lá trabalham. Ora, este ambiente “organizacional” e comunitário consta-se altamente benéfico e profícuo no que respeita não só à qualidade de vida dos utentes como às condições de trabalho dos profissionais, pois sabemos que os trabalhadores desta área possuem um grau de exigência muito alto, assim como um desgaste físico e mental muito forte. Segundo Leiter & Maslach, (2004); Maslach, (1976); Schaufeli, Leiter, & Maslach, (2009), citados por Vala; Pinto; Moreira; Lopes; Januário; Zózimo; Barreira; Magalhães; Frasquilho & Ouakinin, (2017), a confrontação continuada com fatores de stresse profissional constantes tácitos, em que os mecanismos de *coping* não se mostram eficazes, podem levar à síndrome de *Burnout*. Esta síndrome é caracterizada por sintomas de esgotamento emocional, despersonalização e decrescimento da concretização profissional.

Para além de um extremo cansaço, a despersonalização abarca atitudes de indiferença para com os outros, bem como a diminuição da perceção da competência profissional. (Maslach & Jackson, 1986, cit. por Vala et al., 2017). Acredita-se portanto, que um ambiente humanizado pode trazer vantagens para todos.

Tendo em conta a missão humanista patente, a minha intervenção só podia ser pautada pelos mesmos valores e, como tal, fiz os possíveis para integrar-me no mesmo modelo, sendo que os meus princípios pessoais, estão já intimamente caracterizados por estas premissas. Apliquei sempre que pude (com as dificuldades inerentes a quem está a começar), o modelo relacional humanista, com os princípios da ACP. Não restringi a minha forma de atuação aos utentes em consulta, mas também aos utentes em grupo, aos utentes em geral, aos funcionários e aos técnicos, utilizando sempre que possível (como forma de aprendizagem) as respostas de compreensão empática.

Na terapia centrada no cliente não se parte de um sistema avaliativo, ou seja, não há por norma a formulação de interpretações. Aquilo que se pretende é a existência de um progresso das competências individuais. Ainda que cada processo terapêutico seja particular

e ativo, é possível instituir uma base de etapas que formam a mudança psicoterapêutica com evidência numa retidão e organização global (Rogers, 1961/2009).

Rogers (1951) descreveu ainda, na obra *terapia centrada no cliente*, o processo terapêutico e, relatava as transformações advindas ao longo da psicoterapia. Revelava no processo, uma evolução positiva que se mostrava evidente através de vários indicadores, nomeadamente quando estes passavam de uma manifestação de atitudes negativas para um aumento de atitudes positivas. Com esta transferência, o cliente deixava de concentrar o foco da sua atenção na origem dos problemas e passava a evidenciá-la no novo *self*, numa crescente aceitação destes. Através deste processo de “responsabilização”, baseado nas apreciações de uma realidade consistente, havia uma passagem de *locus* de controle externo para um *locus* de controle interno.

A terapia centrada no cliente é um modelo holístico-humanista que, apesar de dar importância à psicopatologia, defende que um processo de terapia, não deve partir dos sintomas, mas sim da compreensão de um diagnóstico relacional (Hipólito et al., 2014). Para estes autores, a terapia centrada no cliente, não deve seguir um manual ou um sistema-padrão. Apesar de assimilado no ponto de vista do cliente, os sintomas possuem um papel secundário, inseparáveis do organismo. É contudo, através da presença das seis condições necessárias e suficientes que o processo psicoterapêutico acontece. Na ausência de uma ou mais condições, este processo não se pode concretizar. É da responsabilidade do profissional encaminhar o cliente para um técnico especialista, caso não seja exequível facilitar o surgimento dessas condições. Desta feita, o cliente poderá então aceder a um tratamento mais adequado, alicerçado no modelo biomédico (Hipólito et al., 2014).

3.6 Grupos de Encontro / Grupo Aberto

Como relatado no levantamento das necessidades, foram organizados e concretizados grupos de encontro / abertos, na Instituição. Segundo Rogers (1970), os grupos de encontro versam sobre o crescimento pessoal e a capacidade de estabelecer relações

humanas. Os participantes destes grupos têm maior potencial para se compreenderem a si próprios e aos outros, e têm, capacidade para crescer a nível pessoal, bem como de desenvolver e aperfeiçoar a comunicação interpessoal.

Segundo o mesmo autor, os grupos de encontro são promotores da expressão de sentimentos e de pensamentos, defendendo que, num clima psicológico de segurança onde a liberdade de expressão aumenta e as defesas são reduzidas, cada membro evolui para uma maior aceitação do seu ser, a nível emotivo, intelectual e físico. Desta forma, o indivíduo aceita-se a si e aos outros tal como são.

A frequência das sessões deve ser discutida com os clientes, sendo normalmente indicada uma ou duas vezes por semana. O *setting* deve obedecer as mesmas condições das psicoterapias individuais, e as normas devem ser claras, essencialmente aquelas sobre o sigilo, as faltas de comparência e a confidencialidade dos temas abordados. Relativamente à atitude do terapeuta, a sua intervenção deve pautada por atender às necessidades de cada constituinte e concomitantemente deve compreender a comunicação do grupo bem como realizar a gestão da sua dinâmica. Os grupos podem ser fechados ou abertos ou semi-abertos de acordo com aquilo que é pretendido e o número de clientes recomendado pode situar-se entre os 8 e 10 (Leal, 2018).

Visto que se trata de um processo de desenvolvimento pessoal, os grupos devem ter uma consistência e um ritmo, no sentido de promover a maturação dos seus membros. Ambiciona-se que estes sejam compostos por elementos a fim de permitir que todos possam participar ativamente e progredir e por outro lado, para tentar minimizar a mortalidade do grupo (Pinto, 2021).

3.7 Avaliação Psicológica

No âmbito deste estágio foram realizadas mais de uma centena de avaliações psicológicas a utentes, com o protocolo de instrumentos utilizados na Instituição que é composto pelos seguintes testes:

O *Mini-Mental State Examination (MMSE)* – É um teste de rastreio que avalia a presença de défice cognitivo ou demência. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é uma ferramenta que pode ser utilizada para avaliar de forma sistemática e minuciosa o estado mental de um indivíduo. É um teste composto por 11 questões que testa cinco áreas da função cognitiva: orientação; registo; atenção e cálculo; recordação e linguagem. A pontuação máxima é de 30. Uma pontuação de 23 ou menos é indicativo de comprometimento cognitivo. O MEEM leva apenas 5 a 10 minutos para ser administrado e é, portanto, muito prático para uso sistemático e repetido (Truong, Cervin, Choo, Numbers, Bentvelzen, Kochan, Brodaty, Sachdev & Medvedev, 2023).

O *Montreal Cognitive Assessement (MoCA)* é um instrumento para rastreio do défice cognitivo ligeiro. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e a concentração; a função executiva; a memória; a linguagem; a capacidade visuo-construtiva; o raciocínio abstrato; o cálculo e a orientação (Cecato, Montiel, Bartholomeu, Martinelli, 2014 & Macedo, Pereira & Madeira, 2018).

Escala de *Lawton* – Não sendo propriamente um instrumento de avaliação psicológica, trata-se de uma Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), muito importante, que permite avaliar a autonomia do indivíduo para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade. É portanto um instrumento apropriado para avaliar habilidades de vida independente. O instrumento é útil para identificar como é que uma pessoa está a funcionar naquele momento e para identificar melhorias ou deterioração ao longo dos tempos (Lawton & Brody, 1969 cit. por Graf, 2008). São oito os domínios de função medidos com a escala *Lawton*: A preparação das refeições; as tarefas domésticas; a lavagem das roupas; as compras; a utilização de transportes públicos; a organização do dinheiro; utilização do telemóvel e a toma da medicação. Os utentes são pontuados de acordo com o seu nível mais elevado de funcionamento nessa categoria. Uma pontuação resumida varia entre 0 (função baixa, dependente) a 8 (função alta, independente), (Graf, 2008).

A Escala de Katz – À semelhança do teste anterior, não constituindo propriamente um teste de avaliação psicológica, auxilia na avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD). É um instrumento amplamente utilizado que avalia seis funções primárias e psicossociais: tomar banho; vestir-se; ir ao wc; transferir-se; alimentar-se e aspetos relacionados com a continência. Katz e os seus colaboradores descobriram que essas seis atividades possuem uma ordem hierárquica em que as funções mais complexas são perdidas primeiro. O instrumento foi originalmente desenvolvido como uma medida de função a ser utilizada em avaliações objetivas de populações com doenças crónicas e envelhecidas, no entanto, agora é utilizado para avaliar uma ampla gama de grupos nos seus ambientes (Fuentes-García, 2014).

3.8 Cronograma

Atividades	Janeiro/24	Fevereiro/24	Março/24	Abril/24	Maio/24	Junho/24
Acompanha mento Psicológico	50 min	50 min	50 min	50 min	50 min	50 min
Grupo de Encontro (Aberto) – “Desabafos”	1h30 Semanal	1h30 Semanal	1h30 Semanal	1h30 Semanal	1h30 Semanal	1h30 Semanal

Avaliação Psicológica	Sessão 50 min	-----	-----	-----	-----	-----
-----------------------	---------------	-------	-------	-------	-------	-------

Segundo Hipólito (2012), é importante incluir as pessoas portadoras de doença mental na comunidade, para que estas deixem de ser consideradas alienadas. Tem havido gradualmente mais abertura no que respeita à convivência com os “excluídos” e desta, surgiu uma maior tolerância comum.

Se for bem integrado na comunidade, o doente mental deixa de ser considerado perigoso ou estranho. Apenas diferente. Isto não significa que o empenho da sociedade tenha nulificado o mundo das doenças psiquiátricas, mas sim, que a denegação destes, altera a visão que a comunidade ganha, ao viver com alguém que, apesar das suas morbilidades, pode simultaneamente viver e proporcionar um contributo válido à sociedade (Hipólito, 2012).

Parte IV. Apresentação do Trabalho de Estágio

4.1 Objetivos Gerais do Estágio

A realização do estágio acadêmico é uma etapa fundamental na formação profissional de um psicólogo. É através do contacto direto em contexto real de trabalho que se adquirem as ferramentas, as técnicas e as atitudes para vir a exercer com responsabilidade esta profissão e é uma oportunidade singular de colocar em prática o conhecimento teórico adquirido ao longo de 4 anos de ensino académico. Assim sendo, este estágio teve como objetivo geral a aquisição e aplicação de competências sólidas bem como uma metodologia de trabalho competente, científica e ética, que permita o exercício idóneo da profissão, com respeito e dignidade pelo outro. Assim como a importância do bom relacionamento interpessoal institucional.

4.2 Objetivos Específicos

Como imperativo, os objetivos específicos permitiram a evolução de competências muito particulares e minuciosas inerentes a cada atividade realizada, mas não só, também permitiram refletir sobre as características imprescindíveis para o exercício da profissão da psicologia clínica, nos seus diversos âmbitos. Podendo ser descritos, através das orientações metodológicas dos seminários de estágio, da seguinte forma:

A) Antes de mais, fazer a ligação entre a teoria e a prática com o objetivo de ganhar maior conhecimento e competências na área da psicologia clínica e comunitária;

B) Executar com responsabilidade e discrição a observação direta e indireta no local de estágio;

C) Aplicar os conhecimentos de consulta psicológica e acompanhamento psicológico, sempre com a maior responsabilidade, tendo em mente a importância da relação terapêutica;

D) Realizar avaliação psicológica através da aplicação de testes indicados para a população-alvo e suas problemáticas. Interpretar os resultados e realizar relatórios;

E) Receber e acolher novos utentes na Instituição, fazer o melhor para que se sintam em casa;

F) Dinamizar grupos. Fossem eles de encontro, abertos, ou de terapia grupal, com o intuito de melhorar as competências relacionais e emocionais;

G) Participar nas reuniões multidisciplinares, contribuindo com relatórios, ideias e informações pertinentes;

H) Manter uma postura profissional, tendo em conta a importância da nossa profissão sem nunca esquecer que para além da nossa profissão estamos a construir a nossa reputação e a representar a nossa Instituição de ensino superior;

4.3 Descrição das Atividades Realizadas ao Longo do Estágio

4.3.1 Observação

Como em todos os estágios, a etapa da observação é a primeira e é imprescindível na realização deste. Durante esta fase, tentou-se absorver todas as informações pertinentes bem como a comunicação e a construção de relacionamentos com as pessoas afetas à Instituição. Uma vez que cada Organização tem a sua cultura, foi muito enriquecedor verificar os princípios pelos quais a Instituição se guiava, no que respeita aos seus valores e à sua missão. Algo que me impactou de forma extremamente significativa foi a forma humanista como tanto utentes e funcionários dos diferentes cargos interagem entre si. Notei que há algo de intrínseco na Instituição que se pauta pelo respeito mútuo entre estes. Como humanistas, temos a responsabilidade de respeitar e cuidar uns dos outros, quaisquer que sejam as suas características, mas sobretudo, cuidar com respeito dos mais vulneráveis.

4.3.2 Participação em Reuniões Multidisciplinares

As reuniões multidisciplinares apenas com os técnicos decorrem às 6^{as} feiras. Aqui são discutidos em pormenor a situação de todos os utentes, nomeadamente aqueles que se encontram em fase de autonomização, outros que apenas precisam de renovar o passaporte, ou seja, situações de índole mais importante até de menor relevância, digamos assim.

As reuniões das 2^{as} feiras reúnem técnicos e utentes, no sentido de planear a semana, relembrando consultas médicas agendadas, participação em atividades e outras situações decorrentes nos apartamentos terapêuticamente assistidos.

4.3.3 Participação em Ações de Formação

A participação em Ações de Formação não foi propriamente extensa, contudo, realizou-se por cerca de 3 vezes na Sede da Instituição. Os temas estavam ligados à saúde mental, à apresentação de projetos e incluíam variantes como: peças de teatro psicoeducativas entre outro(a)s.

4.3.4 Participação em Grupos Terapêuticos de Apoio

Existe um grupo terapêutico num Hospital psiquiátrico desta cidade, aberto ao público, no qual todos podem participar. Este é moderado por um psiquiatra e por um psicólogo. A abordagem utilizada pelo psicólogo é notoriamente a ACP enquanto o médico psiquiatra envereda por uma abordagem de caráter mais psicoeducativa. Aqui juntam-se pessoas de todas as franjas da sociedade com vários problemas ligados à saúde mental.

4.3.5 Acompanhamento Psicológico

Para além do acompanhamento principal do estágio, o “*case study*” cliente J, foi possível realizar acompanhamento psicológico ao cliente de avaliação psicológica: “R”, bem como a outro(a)s utentes da Instituição, a pedido deste(a)s.

4.3.6 Aplicação de Testes de Avaliação Psicológica

Foram aplicados mais de uma centena de testes de avaliação psicológica, nomeadamente os anteriormente descritos, visto que todos os utentes estão sujeitos a este procedimento quando dão entrada na Instituição. Os objetivos destes, passavam por ir ao encontro das necessidades específicas dos mesmos para melhor auxiliar os indivíduos nas atividades de vida diárias e nas problemáticas que os acompanham (Bueno, J., & Peixoto, M. 2018). Este era um procedimento que se rastreava de imediato no acolhimento ao utente com a entrevista e respetiva ficha de avaliação diagnóstica.

4.3.7 Realização de Planos de Desenvolvimento Individual

Os Planos de Desenvolvimento Individual (PDI), são tal como o nome indica um plano de desenvolvimento que é estabelecido entre o utente e a Instituição onde este se compromete em cumprir com os seus deveres, a fim de manter a sua situação íntegra no local. Caso as normas não sejam respeitadas, teremos de trabalhar no sentido de regularizá-la, pois daí depende a permanência do utente na Instituição. Este plano é revisto de 3 em 3 meses, assinado pelo técnico e enviado para a técnica gestora do processo, nos serviços da Comunidade.

4.3.8 Apresentação e Discussão de Casos Clínicos

Sempre que se verificasse necessário, determinados casos clínicos eram discutidos em equipa ou com o Diretor da Unidade, devido às suas particularidades ou grau de exigência ou por outro motivo mais sensível. Apesar de todos os utentes serem igualmente importantes, existem sempre questões mais ou menos sensíveis que merecem particular atenção.

4.3.9 Observação de Consultas de Avaliação Neuropsicológica

No decorrer do estágio foi possível acompanhar utentes a um Centro Hospitalar Psiquiátrico com o intuito de observar consultas de avaliação Neuropsicológica. Neste sentido, os utentes foram avaliados por um(a) neuropsicólogo(a), que aplicou os testes mais adequados para cada utente, a fim de determinar, na sua génese, o seu nível de défice cognitivo e/ou nível de dependência.

4.3.10 Atendimento e Acolhimento de Novos Utes

O diretor do equipamento é o responsável máximo pela admissão dos novos utentes, ainda assim, é necessário realizar uma entrevista de atendimento e acolhimento por parte de um técnico, com o objetivo de conhecer a sua história de vida, as suas maiores dificuldades, necessidades e aspirações futuras, bem como dar a conhecer o funcionamento do centro, nomeadamente as atividades de tempos livres, do *atelier* e outro(a)s.

4.3.11. Acompanhamento de Utes a Consultas de Alcoologia

À semelhança do que acontecia com as consultas de neuropsicologia, também foi possível acompanhar utentes a consultas de alcoologia no centro hospitalar psiquiátrico, não só de psicologia como de psiquiatria. As adições, em especial a adição ao álcool, continua a

ser uma problemática bem patente na UAT, daí a necessidade de intervir a este nível. Nestes casos, foi possível verificar a forma como cada profissional atuava e quais as respostas existentes para esta população em específico, nomeadamente, centros de reabilitação em regime de internamento ou comunidades terapêuticas assistidas com o mesmo objetivo.

4.3.12. Acompanhamento de Utentes a Entrevistas de Integração em Fóruns Sócio Ocupacionais

A integração e reabilitação dos utentes é uma vertente muito importante com a qual a UAT se compromete e para tal, mantém protocolos com várias associações de reabilitação psicossocial. Também nas atividades de estágio foi possível acompanhar utentes a várias entrevistas de integração em fóruns sócio ocupacionais, com a finalidade de que não só ocupassem os seus tempos livres mas também para que ganhassem competências que lhes permitissem uma eventual melhoria das suas condições de vida futura ao nível profissional, social e/ou afetiva.

4.3.13 Acompanhamento de Utentes à CM

A UAT tem realizado um trabalho notável no que concerne aos programas de habitação da CM, sendo que ao longo dos últimos tempos tem sido capaz de entregar várias casas em regime de arrendamento acessível a vários utentes. A grande maioria dos utentes com capacidade de autonomização encontra-se inscrita em lista de espera para obtenção de casa camarária. Sempre que existe a entrega de um apartamento, é necessário acompanhar o/a utente à CM, seja para a inscrição, seja para assinatura de contratos ou para a cerimónia da entrega das chaves.

4.3.14 Visitas Domiciliárias aos Apartamentos Alocados à Instituição

Como mencionado anteriormente esta IPSS possui vários apartamentos alocados à Instituição. Os utentes estão acompanhados pelos técnicos e pelo pessoal auxiliar durante todos os dias úteis até às 17h, exceto fins-de-semana e feriados. Por este motivo torna-se necessário que sejam realizadas visitas nestes dias, aos apartamentos, para nos certificarmos que as necessidades dos utentes estão supridas e que tudo está dentro da normalidade nos apartamentos, em especial, a toma da medicação e a higiene de cada um. Assim sendo existe um horário rotativo que cada funcionário executa nestes dias, alguns dos quais eu tive a oportunidade de realizar.

4.3.15 Realização de Grupos de Abertos às 6^{as} Feiras

Conforme referido anteriormente, esta atividade foi acedida pelo Diretor da UAT e teve início em março de 2024. Assim, passou-se a reunir todas as sextas-feiras às 10h30. A ideia inicial contemplava a realização de um grupo de encontro, assente nos princípios da ACP, em que o grupo constituído por um máximo de 10 elementos, traria até nós, técnicos, os desafios dos utentes, os seus sentimentos e emoções. Ou seja, a ideia seria confiar na sabedoria do grupo e esperar que fossem os elementos a trazer até nós, os temas a abordar. Contudo, devido ao facto de existirem 3 moderadores com abordagens diferentes, acabou-se por realizar um grupo aberto com espaço para tudo, nomeadamente momentos psicoeducativos, apresentação sobre doenças crónicas como o VIH, a depressão e o consumo de substâncias. Em algumas sessões, foram realizadas algumas dinâmicas de grupo, por forma a que os utentes sentissem de alguma forma uma parte de lazer. Optamos por deixar o grupo aberto aos participantes sem nunca os aliciar a participar, pois a ideia é que estes participassem sempre de sua livre e espontânea vontade. Houve sessões em que tivemos a sala cheia com quase 10 elementos e outras vezes apenas 3. A motivação constitui para nós um fator de extrema importância. O grupo continua ativo e já conta com mais de 20

sessões. Consideramos que tem sido uma mais-valia e que os utentes beneficiam destes encontros.

4.3.16 Participação nas Oficinas de Estimulação Cognitiva (OEC's)

As oficinas de estimulação cognitiva constituem um aspeto muito importante junto desta população, por diversos motivos. É necessário ter em mente que a maior parte destas pessoas tem um passado muito difícil e complexo, muitas vezes devido a infâncias dolorosas, famílias complexas, passados ligados à pobreza, à situação de sem-abrigo e ao consumo de substâncias, aliado a outras doenças. Algumas destas pessoas apenas conhecem a realidade inerente à vida da rua, a da prisão e a atual, da instituição. Estes fatores levam a que muitos dos utentes sofram de processos demenciais, para os quais necessitam de estimulação cognitiva, de forma sistemática. Assim, a par com a psicóloga existe uma monitora que possui o curso de educação e de preparação em estimulação cognitiva. Todas as semanas ambas realizam ações que permitem fornecer aos utentes mais estimulação no sentido de maximizar as suas qualidades e o seu potencial. Estas OEC's parecem ser uma mais-valia e os participantes, por norma, sentem prazer em fazer parte das mesmas.

4.3.17 Participação no Coro de Celebração dos 50 anos do 25 de Abril

A IPSS possui um coro composto por um grupo de utentes e um “maestro” de fora da Instituição, que realiza espetáculos em datas particularmente especiais e comemorativas, como sejam, as celebrações do Natal, ou a celebração do 25 de Abril. Este ano, participei em alguns ensaios, por considerar que poderia ser uma mais valia no sentido de aliciar mais participantes a fazer o mesmo.

4.3.18 Realização da Feira das Formações em Conjunto com a JF

A Feira das Formações é uma atividade que se realiza todos os anos entre a IPSS e a Junta de Freguesia (JF), que prevê divulgar ações de formação para todos quantos estejam interessados, população em geral e utentes. Nesta Feira das Formações, em conjunto com algumas técnicas responsáveis da JF promovemos várias formações de várias áreas, com diversas entidades, num local adequado para o efeito.

Selecionamos os espaços para todas as Entidades Formadoras, e colocamos os devidos materiais com a sua designação. Nos dias da divulgação, levamos utentes, e damos apoio a quem precisasse. As formações vão desde áreas como estética e cabeleireiro e estética, restauração e turismo, equivalências ao 12º ano e acesso ao ensino superior.

4.3.19 Participação das Reuniões da Comissão Social de Freguesia

As reuniões entre os técnicos da IPSS e a Comissão Social de Freguesia, acontecem aproximadamente uma vez por mês. Isto acontece porque há a necessidade de um estreitamento de ligações entre ambas as entidades. E todos precisam estar a par das diversas iniciativas relacionadas com as Instituições da JF e da CM, para bem servir a comunidade e em especial os utentes da UAT. Esta foi mais uma atividade enriquecedora que mais uma vez me permitiu compreender a forma como estes organismos interagem entre si e a importância da articulação entre todas as respostas comunitárias e respostas sociais.

4.3.20 Registos e Relatórios Relacionados com os Utentes

Sempre que exista um assunto relacionado com um utente, seja ele qual for, desde a necessidade de uma receita ou prescrição de um exame, um internamento, a renovação do cartão de cidadão, a uma urgência, acidente, uma consulta de psicologia, entre outros. Há necessidade de anexar ao processo do utente, todas as informações relativas a esse

acontecimento. Isto acontece para que todos os técnicos tenham acesso à ficha do cliente e às necessidades prementes deste. Assim sendo, todos os utentes ficam salvaguardados relativamente aos seus compromissos, horários e atividades, bem como os técnicos, responsabilizados e atualizados pelos procedimentos realizados.

4.4 Acompanhamento Psicológico Caso Clínico “J”

4.4.1 Enquadramento Geral

Visto que não existem consultas de psicologia *per se*, na Instituição, e visto que, segundo a regulamentação dos estágios da UAL, cada aluno deve realizar no mínimo um acompanhamento psicológico e uma avaliação psicológica a dois utentes diferentes, foi discutido em reunião multidisciplinar, qual dos utentes da IPSS poderia beneficiar de um acompanhamento psicológico e concomitantemente, constituir um caso desafiante para o estágio em questão. Nesta reunião, que teve início de novembro, ficou decidido com anuência, tanto do Diretor do Equipamento, como da psicóloga da Unidade, que um utente em particular, poderia ser o mais indicado. Trata-se de um utente em surto de esquizofrenia que está na Instituição há quase 10 anos.

Primeira Sessão

Assim, alguns dias depois, o utente foi abordado casualmente, cuidadosamente, tanto por orientadora como pela orientada, e, após uma breve apresentação de ambas as partes o utente foi indagado no sentido de saber se estaria disponível para “ser acompanhado”. Não sendo este propriamente o termo utilizado, mas muito parecido, no sentido de sentir se este estaria disponível para conversar com a psicóloga estagiária. Inicialmente mostrou alguma apreensão e não se comprometeu. Seguiu-se uma conversa fluida e informal sem qualquer intuito profissional, o utente ficou de pensar sobre o assunto.

Segunda Sessão

Sessão entre psicóloga estagiária e utente. Começou por estabelecer-se uma conversa ainda algo informal, no sentido de respeitar o *timing* do utente, sem correr o risco de pressioná-lo a tomar uma decisão. A “conversa” decorreu num local publico reservado, mas não num *setting* psicoterapêutico. A ideia era permitir que a comunicação fluísse e que ambos se conhecessem melhor, bem como deixar o utente à vontade para também ele sentir confiança na relação. E assim a conversa fluiu, com algumas trivialidades à mistura.

Terceira Sessão

Nesta sessão o cliente consentiu em “ser acompanhado”, ou nas palavras deste: “conversar” com a psicóloga estagiária considerando que tinha informações muito pertinentes que precisava passar. Desta feita, a relação de ajuda foi definida e certas premissas foram estabelecidas, nomeadamente as questões éticas e confidenciais subjacentes ao acompanhamento. Ao nível da comunicação, todos os cuidados foram considerados, tendo em conta que este cliente, por encontrar-se em surto de esquizofrenia, é um cliente especial. Ou seja, os termos técnicos tiveram de ser adaptados, não sendo utilizadas expressões como: “consulta psicológica”, “acompanhamento”, “terapia” entre outros. Eu, enquanto psicóloga tive de entrar no mundo de J, e penetrar na sua realidade, utilizando termos e expressões que fossem adequado(a)s à sua vivência.

Quarta Sessão (início do “acompanhamento”, propriamente dito)

Setting: A Instituição possui várias salas de convívio bem como uma sala mais reservada que se considera adequada para o tipo de sessão em questão. Devido às dificuldades de locomoção de J, deu-se preferência a este local, por se localizar no mesmo piso. Aqui, existe uma pequena mesa redonda, dois pequenos sofás (em algum mau estado de conservação), sentamo-nos numa perspetiva de 90º, (normalmente as consultas de

acompanhamento psicológico com os outros utentes teriam lugar na sala multiusos do 3º piso, área do pessoal técnico.)

Nesta sessão, J aparentava estar muito bem disposto, apesar de demonstrar algum nervosismo, provavelmente, por estar pela primeira vez frente a frente comigo e por antecipar que iria revelar alguns detalhes da sua vida pessoal.

Independentemente da sua condição física, J, possui uma pele muito bem tratada, corada, os seus olhos são vívidos e possui sorriso rasgado. Sorri muito. Não possui dificuldade em olhar nos olhos. Apesar da sua doença degenerativa crónica, possui uma condição física boa, um peso aparentemente ideal para a sua altura. J aparenta ser uma pessoa calma. Tenho, contudo, alguma dificuldade em perceber aquilo que me revela devido à sua comunicação (voz) algo impercetível, característica da sua psicopatologia.

Começa por mencionar a confidencialidade das nossas conversas. Refere que tudo aquilo que me contar, terá de ficar entre nós e não passará para os outros utentes. Eu certifico que o sigilo das nossas sessões está assegurado.

Pedido - J, começa por relatar que existe algo de muito grave está para acontecer, pergunta se eu já ouvi falar no Apocalipse. Diz que o mundo não pode continuar como está, que o Homem está a destruir tudo, que a riqueza está mal distribuída, que o mundo é injusto. Que “25% da população está a tentar lixar os restantes 75%” (sic). Que tem uma missão neste mundo e que está cá, neste mundo para salvar uma parte da população. Missão: Quer destruir para depois reconstruir uma nova sociedade. Segundo a sua narrativa, o pedido que J tem para me fazer, é que eu possa intervir, ajudando-o neste tema, divulgando junto dos responsáveis da Instituição, que é necessário construir uma moradia, um “abrigo” – espaço seguro para que se possam salvar algumas das pessoas que aí trabalham. Se fizerem aquilo que pretende, J, conseguirá salvar algumas das pessoas.

A minha atitude passou por escutar, e na medida dos possíveis contribuir com respostas de compreensão empática ao longo dos 50 min da sessão. J, repetia muitas vezes a mesma ideia, algo que pode ser inerente à sua condição de saúde.

A anamnese formal que deveria ter sido realizada inicialmente, nesta e nas primeiras sessões, não foi exequível com este cliente, pelas suas particularidades. J é uma pessoa que discursa muito. Mostra-se sempre muito interessado em conversar/comunicar, mais do que propriamente em responder a questões. Assim, tive de ir descobrindo os aspetos principais da sua vida ao longo das várias sessões, e desta feita, muito lentamente, fui construindo a sua história.

Resumo da 5ª até à 9ª sessões

As seguintes sessões não foram muito diferentes. Passaram por ser muito repetitivas e a tónica dominante era sempre a mesma: o fim do mundo e a sua missão de salvar alguns dos elementos da Instituição e da sociedade em geral. J, mencionava por diversas vezes as injustiças do mundo, a forma como o homem destruía o planeta, as alterações climáticas, a má distribuição da riqueza, a forma como alguns utentes desrespeitavam as regras da Instituição, entre outras que lhe faziam sentido. Muitas vezes entrelaçava histórias de infância, acontecimentos familiares, situações que viveu na rua, a sua adição às drogas, os roubos e os anos que passou na prisão. Nunca mostrou dificuldade em confessar os crimes que perpetrou e os atos de violência que praticou dentro e fora da prisão. J, apesar de estatura física mediana, gozava de um certo estatuto entre os reclusos e era temido por muitos. Algumas dessas atitudes continuam a manifestar-se na instituição onde se encontra, sendo frequente existirem quezílias entre J e outros utentes.

11ª Sessão

Por volta da 11ª sessão o cliente começou a mostrar indícios de algum deslumbramento para com a minha pessoa. Apesar de eu ter tentado contornar a situação mostrando distanciamento e relevando a importância do nosso envolvimento estritamente profissional. Continuei a focar a relação terapêutica ao evidenciar o cerne das sessões nas

problemáticas recorrentes que o cliente me apresentava. Tentei ser sempre cuidadosa no sentido de não magoar os seus sentimentos.

13ª Sessão

Na 13ª sessão J sugeriu que fôssemos lanchar, num jardim perto da Instituição. Aí voltei a explicar-lhe os termos da nossa relação, que apenas se poderia restringir apenas ao plano profissional e que não previa qualquer outro tipo de convivência que extrapolasse este campo. Interrompi a sessão e pedi-lhe para pensar se pretendia continuar com a nossas sessões nesses termos ou se por contrário daríamos por terminado o nosso processo terapêutico. Ficou agendada uma sessão para a semana seguinte.

Fim do Acompanhamento Psicológico

O acompanhamento psicológico teve de ser interrompido por volta da 14ª sessão, altura em que J, sugeriu pela 2ª vez que nutria sentimentos de ordem afetivo-amorosa por mim. Voltei a referir que, assim sendo, teríamos de interromper as sessões, indefinidamente. Contudo, mostrei disponibilidade para voltar a conversar com J, caso tivesse necessidade para tal. Informei que a porta do meu gabinete estaria aberta e eu disponível para uma conversa profissional, sempre que J, necessitasse. O que veio a acontecer, uma vez, passadas cerca de 2 semanas. Tivemos uma última sessão, já no final do período de estágio obrigatório, em que a conversa foi mais leve e informal e em que J, admitiu ter apreciado as nossas conversas. Em troca, agradei a disponibilidade que teve para comigo ao longo de todos estes meses, bem como a confiança que depositou em mim.

Conceptualização do Caso

Identificação pessoal:

“J” – Masculino 47 Anos; Nacionalidade: Portuguesa Estado Civil: Solteiro 1 filha com 17 anos (não tem qualquer relacionamento com esta, vive com a mãe noutra País). Motivo da Consulta: Pedido para alertar os dirigentes das Instituição no sentido de encontrar uma solução para salvar os profissionais da UAT e elementos da sociedade, ao criar uma habitação segura para ficarem a salvo do Apocalipse.

4.3.2 Anamnese

História de Vida

João (nome fictício), nasceu em Portugal, numa aldeia do norte do País. Viveu com o irmão mais novo e com os pais até estes se separarem quando era pequeno (cerca de 3 anos). Anos mais tarde a mãe encontrou um companheiro com quem se juntou e João, tinha vários problemas com este. Motivo pelo qual aos 14 anos foi viver para casa da tia ali perto. O pai, entretanto voltou a refazer a vida com outra mulher e voltou a ver nascer um filho dessa relação, com quem João nunca teve qualquer contacto.

João tinha uma relação muito boa com o irmão mais novo de quem gostava muito e já nessa altura fazia de tudo para o proteger, inclusivamente envolver-se em lutas quando estavam na escola. João revela que sempre teve um temperamento algo colérico (apesar de atualmente aparentar relativamente calmo).

Certo dia, por volta dos 16 anos João foi com o irmão (mais novo) para a horta e o irmão conduzia um trator onde o João também ia sentado ao seu lado. Nesse dia tiveram um acidente, o irmão morreu e o João sofreu um traumatismo craniano no lobo frontal direito. João conta que no funeral do irmão o pai dirigiu-se a ele e perguntou-lhe o que é que ia fazer com o dinheiro do seguro. João não respondeu, e revelou que a partir desse momento nunca mais quis ter qualquer contacto com o pai e até hoje não sabe nada dele.

Efetivamente, João recebeu um valor relativo ao seguro de acidentes, mas diz que naquele momento, o que pretendia era ser amparado e consolado pela morte do irmão e ficou extremamente chocado pela frieza do pai para com ambos os filhos.

Depois da morte do irmão, João começou a consumir drogas afirmando sentir que estas diminuía o seu sofrimento. Entretanto, começou a furtar para sustentar o seu vício e depois de vários roubos dentro e fora de casa da tia com quem vivia, saiu e foi para uma localidade próxima onde viveu na rua a arrumar carros para sobreviver e drogar-se.

Quando tinha cerca de 20 anos soube por um vizinho que a mãe tinha falecido e ficou em choque. Nesse dia, roubou uma grande quantidade de dinheiro a um conhecido e veio para Lisboa na esperança de mais uma vez, fugir à dor da perda.

Numa cidade de maior dimensão, em Portugal, foi sem abrigo durante vários meses até que uma ONG que atua desenvolvendo vários programas de ajuda e reintegração social levou-o para outro País na esperança de aí encontrar emprego. Contudo, continuou a consumir drogas e numa ocasião em que estava com um amigo a roubar o rádio de um carro, ambos foram detidos pela polícia acabando por serem libertados após julgamento.

Posteriormente, já em noutra cidade desse País viveu alguns anos onde pedia dinheiro para os seus consumos. Aí roubou uma caixa registadora de uma discoteca e desta vez acabou por ser detido. Esteve preso durante 10 anos, não apenas pelo roubo da caixa registadora, mas pelos feitos agravantes ocorridos dentro da prisão, uma vez que se envolvia constantemente em lutas muito agressivas com outros detidos. chegando a passar vários dias na solitária.

Na prisão conheceu uma mulher que ficou grávida dele e quando João saiu da prisão viveu poucos anos com esta e com a filha. Voltou para a prisão durante 6 anos desta vez por agressão. Quando saiu da prisão regressou a Portugal com outra mulher. Nesta altura da sua vida deixou de consumir drogas pesadas até hoje, ficando-se por tabaco normal e haxixe.

Em Portugal o casal teve dificuldade em encontrar emprego e como tal, habitava numa casa com péssimas condições de salubridade. Certa vez, devido a problemas conjugais uma Assistente Social referenciou-os para a Segurança Social.

Uma vez que a relação já estava degradada, João foi referenciado para a Instituição onde agora se encontra e a ex-companheira foi encaminhada para outra resposta social. Nesta altura J já demonstrava possuir diversos problemas de saúde, e após vários exames médicos foram-lhe detetados diversos problemas, que vieram a agravar-se ao longo do tempo. Auferia uma pensão multiusos no valor de 400€/mês.

Acontecimentos importantes

J não possui qualquer rede de apoio familiar ou social. É uma pessoa muito solitária que obtém na Unidade de Acompanhamento Terapêutico o apoio possível. Conversa apenas com 2 ou 3 utentes e é com estes que costuma almoçar. É frequente encontrá-lo sozinho isolado no quarto a ouvir música ou a jogar no telemóvel. Ainda assim, apesar das suas limitações físicas, J parece continuar com a mesma postura que nas suas palavras mantinha na prisão. Há uma espécie de controlo sobre os outros utentes. J é ainda capaz de impor regras de funcionamento na Instituição. Por ex.: não permite que outros utentes consumam bebidas alcoólicas dentro do edifício, chegando ao ponto de agredir quem o fizer. Paralelamente, faz negócios com tabaco e haxixe e empréstimos de dinheiro. É frequente observar os outros utentes pagarem-lhe os valores que lhe devem, assim que recebem as suas pensões. Eventualmente reminiscências dos seus tempos de reclusão.

Antecedentes médico-cirúrgicos

Para além do acidente de trator com o irmão onde foi sujeito a uma intervenção cirúrgica devido a uma fratura do lobo frontal, ao diagnóstico de VIH e Hepatite C, foi-lhe detetada uma doença rara e incurável, chamada Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LMP). A leucoencefalopatia multifocal progressiva é uma doença viral rara do SNC, mas debilitante e frequentemente fatal, afetando principalmente indivíduos com sistema imunológico, cronicamente e gravemente suprimido. É uma doença crítica, gradual e fatal. A terapia apenas tenta prolongar a sobrevivência. As complicações são essencialmente

neuroológicas de entre as quais se destacam os défices cognitivos, sensoriais, motores e as desordens de coordenação (Pavlovic, Patera, Nyberg, Gerber & Liu, 2015).

Atualmente J recusa tomar qualquer medicação a não ser os antirretrovirais para o VIH, contudo, acorda todos os dias às 04 da manhã para fazer exercício físico a fim de fortalecer os músculos, o que parece surtir algum efeito positivo.

Para além destas doenças foi diagnosticado com Perturbação esquizofrénica – (esquizofrenia com hiperreligiosidade e ideias de grandiosidade), para a qual também não faz medicação. (J está em surto e crê que é Deus que está na terra para destruir o mundo para depois reconstruir um mundo melhor e mais justo.) Atualmente J consegue circular com ajuda de muletas ou agarrado às paredes, contudo, já houve uma altura em que apenas se deslocava de cadeira de rodas. Inclusivamente, esteve detido por cerca de 2 anos, em Portugal, devido à falta de pagamento de uma multa e visto que também não conseguia executar trabalho comunitário, devido à sua doença, foi detido na Instituição mesmo estando confinado a uma cadeira de rodas.

Situação atual

Nota-se alguma redenção, no sentido em que se apercebe e realiza que está a “pagar” (sic) por todo o mal que causou aos outros. Diz que merece tudo o que lhe aconteceu, e que merece estar na situação em que se encontra. Apesar de tudo demonstra uma grande força de vontade, no sentido em que cuida de si, acordando todos os dias às 4h da manhã para fazer desporto. Não consome drogas pesadas há 14 anos e não bebe álcool.

Discussão do Caso (TCC)

A abordagem centrada na pessoa de Rogers (1957) assenta em 3 pilares fundamentais: a não diretividade, a tendência atualizante e as seis condições necessárias e

suficientes para que se crie a aliança terapêutica e se dê a mudança no estado de incongruência do cliente.

Relativamente à não diretividade, tenho noção de que, apesar de sentir algumas dificuldades iniciais, tentei manter em todas as sessões uma atitude não diretiva, por forma a que fosse o meu cliente a introduzir os temas a abordar, bem como a dirigir a sessão seguindo o seu ritmo e as suas necessidades. Quanto à tendência atualizante, eu gostaria de dizer que observei alguma evolução positiva no cliente, mas infelizmente, creio que nesta parte não fui bem-sucedida. Apesar de a capacidade para se auto-atualizar nas suas potencialidades, estar presente em todos os seres vivos, creio que o melhor que fiz por este cliente foi ouvi-lo e acompanhá-lo, não podendo ajudá-lo no sentido da sua mudança. Ou seja, no sentido da sua hipercomplexidade, sinto que não houve progressos.

Relativamente às seis condições necessárias e suficientes, considero o seguinte:

1. Estivemos sempre em contacto psicológico, nunca conversei com J em que este se encontrasse sob o efeito de substâncias;
2. Apesar de no início J não estar propriamente em estado vulnerável ou de ansiedade (incongruente), foi uma situação que rapidamente se alterou, pois, evidenciou grande necessidade de comunicar acerca da missão que tinha para a humanidade, algo que lhe causava sofrimento;
3. Eu, enquanto profissional, fiz os possíveis para tentar estar sempre congruente na medida que em que me permiti entrar no mundo do J sem distrações. Contudo, tive muitas dificuldades em algumas fases do acompanhamento, nomeadamente na fase em que J demonstrou nutrir afeição por mim, e quando me convidou para lanchar.
4. Tenho a opinião de que maioritariamente mantive um olhar positivo incondicional, tendo em conta que jamais fiz qualquer tipo de julgamento ou tive preconceito relativamente ao meu cliente, no entanto fui obrigada a dar por encerrado o acompanhamento devido ao rumo dos acontecimentos (presença de outros sentimentos).

5. Por maiores que tenham sido as dificuldades, sempre fiz os possíveis para identificar-me com o quadro de referências do meu cliente e devolver de forma empática as respostas aos seus sentimentos e emoções.

6. Creio que o J se apercebeu da minha compreensão empática, na medida em que sempre quis continuar com as sessões e manifestou vontade de aumentar a periodicidade das mesmas. Também verifiquei que existiu um aumento da confiança para divulgar certos acontecimentos mais íntimos com o decorrer do acompanhamento.

Discussão do Caso à Luz do Desenvolvimento Psicoafetivo do Prof. Doutor João Hipólito

A teoria do desenvolvimento psicoafetivo do Prof. Doutor João Hipólito (2011) baseia-se numa perspetiva do desenvolvimento humano assente na ACP. Ao enquadrarmos o desenvolvimento de um indivíduo neste esquema, podemos compreender algumas das perturbações psicológicas manifestas na pessoa que está em permanente atualização. Desta feita, o autor menciona a importância da tendência formativa que é a tendência que está ligada à formação do universo e a tendência atualizante que é a inerente ao ser humano. Hipólito (2011) defende que, se o embrião humano encontrar condições ótimas de atualização terá todas as potencialidades de desenvolvimento, por sua vez se se tratar de um embrião ou de uma célula que esteja sujeita a traumas quer nas suas potencialidades ou nas suas condições, o/a mesmo/a pode encontrar as condições de atualização que constituem uma possibilidade, dentro das possibilidades daquele indivíduo.

Segundo Hipólito (2011) nós somos a melhor versão de nós próprios em cada momento, mesmo que não detenhamos as condições ótimas. Este processo começa na vida intrauterina, manifestando-se perante todo o ciclo de vida, até no limite desta. O coma por exemplo, é uma manifestação da tendência atualizante, e isto acontece na medida em que o organismo reduz a sua atividade ao mínimo para manter-se em funcionamento. Nós não

controlamos os sintomas, mas os sintomas são o resultado do melhor equilíbrio possível para o organismo (Hipólito 2011).

No caso de J, não se sabe se foi uma criança desejada ou uma gravidez planeada, ou qual o tipo de parto. Não se crê que existam traumas nas suas potencialidades à nascença. Existem, contudo, traumas nas suas condições e desde logo, quando os pais se separam: traumas de origem social com consequências psicológicas e emocionais.

Posteriormente, aquando do acidente de trator com o irmão em que este morre e o próprio J fica lesionado no lobo frontal direito, verifica-se um trauma biológico com características/consequências biopsicossociais. A nível biológico: trauma frontotemporal, a nível psicológico, morte do irmão, ao nível social, fracturação familiar e má relação com o pai. A partir desse momento J parece adotar estratégias de *coping* não adaptativas, nomeadamente o consumo de drogas pesadas, e relata comportamentos desviantes e violentos, referindo ser esta uma forma de lidar com o sofrimento e com a perda.

Anos mais tarde, volta a sofrer um trauma social com consequências psicológicas quando descobre a morte da mãe, através de um vizinho. Estes acontecimentos parecem indicar em J traumas nas potencialidades, por despoletam uma série de acontecimentos pouco normativos no seu ciclo de vida.

Contudo, J apesar de manifestar ao longo do seu desenvolvimento, vários momentos que apontam para uma personalidade impulsiva em momentos de tensão, possui de certa forma algum sentido crítico para comportamentos que se apercebe serem inadequados. Pode dizer-se que J, possui, até certo ponto e em determinados momentos, um *locus* de controle internalizado.

Relativamente à questão do *self*, no caso específico de J, devido às suas condições psicopatológicas, não nos é possível conceptualizar, pois o indivíduo possui um *self* real comprometido.

4.4.1 Avaliação Psicológica Caso Clínico “R”

Conceptualização do Caso

Rodrigo (nome fictício), masculino - Idade: 44 anos. Naturalidade: Portugal - Centro -
Habilitações Literárias: 8º ano. Última profissão: Barman. Estado civil: Solteiro s/ filhos.

Motivo da Consulta

Avaliação psicológica, tendo em vista a integração nas OEC's; eventual autonomização. Acompanhamento Psicológico.

Avaliação psicológica

Foram considerados dados recolhidos pela observação, informações obtidas nas sessões que permitiram elaborar a anamnese, bem como os resultados dos instrumentos de avaliação psicológica aplicados.

Dados de observação

Setting: devido à sua dificuldade de locomoção, a consulta de avaliação foi realizada de forma privada na sala de convívio dos utentes no piso onde se situa o quarto de R,. Não existiram quaisquer distrações ou interrupções. O cliente apresentava pouca ansiedade, embora demonstrasse alguma desconfiança/constrangimento quando questionado sobre questões do foro íntimo. Fisicamente ostentava um semblante natural e alegre. Calmo. Trata-se de uma pessoa muito magra, com elevadas dificuldades de locomoção, devidamente fundamentadas. O humor era predominante eutímico.

4.4.2 Anamnese

História de Vida

Nasceu numa cidade grande, mas passou a infância no interior do País com a família: pai, mãe e irmã mais nova. Tinha dois animais de estimação sendo eles um gato e um coelho. Revela que tinha alguma tendência ao isolamento por sentir-se desajustado na escola, e que também sofria de alguma ansiedade. Salienta o facto de os pais serem pouco ou nada afetuosos e tem memórias de brincar sozinho em casa e de jogar à bola. Até ao 5º ano (11 anos), tudo parecia correr bem na escola, contudo, no 6º ano (12 anos) acabou por reprovar. Diz que estudava muito, no entanto, quando ia realizar os testes acabava por bloquear devido à enorme tensão que sentia. Tem presente um acontecimento que ocorreu na escola; uma situação de agressividade para com um colega, mas não se recorda o motivo. A mãe decidiu levá-lo a consultar uma psicóloga, mas Rodrigo não gostou da experiência e compareceu apenas a 3 ou 4 sessões.

Aos 13 anos acaba por fugir de casa e vai para uma cidade grande sem dinheiro e sem outros pertences. Passou o dia a vaguear pela cidade e acabou por ir até a um local emblemático, nessa altura estava a chover e como era de noite, estava com fome e com frio. Apareceu um homem numa viatura que lhe oferecia abrigo e comida caso entrasse no carro. O indivíduo levou-o para casa e aí acabou por violar Rodrigo.

Ao longo do tempo que passou nesta cidade, Rodrigo acabou por manter relações sexuais com vários homens, na maior parte das vezes a troco de dinheiro. Entretanto conheceu uma rapariga por quem se apaixonou e admite que frequentemente se prostituía com homens com a finalidade de ofertar o dinheiro à sua então namorada. (Não foi possível apurar se nessa altura vivia com alguém, ou se era sem-abrigo.)

Refere que a primeira relação sexual consentida foi com essa namorada, aos 13 anos, e que apesar de tudo, atualmente, não tem qualquer tipo de rancor ou ressentimento para com os homens com quem sofreu tais abusos sexuais.

Passados alguns anos decide voltar para casa dos pais. Continuou até ao 9º ano, altura em que teve de desistir da escola pois os pais descobriram tudo aquilo que tinha acontecido em (prostituição) e não conseguiram perdoá-lo. É então que decide ir para o Reino Unido aos 18 anos e faz um pouco de tudo em termos de emprego. Foi também aí que iniciou o seu primeiro contacto com as drogas nomeadamente haxixe, Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD), ecstasy, heroína e cocaína.

Revela que enquanto viveu no Reino Unido foi feliz, pois tinha amigos, saía muito, ia a discotecas sentia-se mais compreendido, aceite e integrado. Contudo, por várias circunstâncias que não especificou, mas que uma delas foi perder o emprego e não conseguir encontrar outro, regressou a Portugal para casa dos pais. Nessa altura revela voltar a sentir um enorme vazio e uma falta de sentido na vida. Começou por ter ideação suicida, e certo dia encontrou uma arma de fogo numa das gavetas de casa. Quando a viu pensou para si próprio: “Aqui está a solução para todos os meus problemas” (sic). Nos dias seguintes planeou uma enorme festa com algumas pessoas conhecidas e quando terminou, pegou na arma e foi para um local escondido de toda a gente, onde não o pudessem encontrar. Disse que não queria suicidar-se em casa pois não queria que a sua mãe ficasse com essa última imagem na memória. Assim sendo, num lugar recôndito as possibilidades de não ser encontrado seriam muito maiores. E assim fez, pela madrugada, já quase sobre a manhã, junto a uma árvore, Rodrigo disparou um tiro na cabeça. Ficou inconsciente, mas não morreu, como pretendia, tão pouco ficou oculto.

Foi encontrado por transeuntes que por ali passavam e deram o alerta para os serviços de emergência. Esteve 3 semanas em coma, não recebeu qualquer visita da família e quando acordou revela ter ficado extremamente zangado por ter sobrevivido. Passou 3 meses numa cadeira de rodas sem perspetivas de voltar a andar. Contudo, após várias sessões de fisioterapia, acabou por conseguir melhorar e atualmente, apesar da sua hemiparesia à direita, consegue ter uma vida praticamente normal, sendo autónomo em praticamente todas as suas atividades.

Não se prevê, no entanto, que consiga voltar a ter um emprego. Rodrigo auferia uma pensão multiusos vitalícia no valor de 400€/mês, que lhe permite ter alguma margem de manobra para os seus gastos pessoais.

Resultados dos Instrumentos de Avaliação Psicológica (em anexo)

1. *MiniMental State Examination* (MMSE) – Obteve uma pontuação de 29, o que indica que não possui défice Cognitivo/Demência;
2. *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa): Pontuação – 25 S/ DF
3. Escala de Katz: Nível - I Independente nas AVD's
4. Índice de Lawton: Pontuação: 8 - Independência Total nas AIVD's

Discussão dos Resultados

Esta bateria de testes está definida no protocolo da Instituição e é aplicada a todos os utentes, com especial atenção àqueles que possuem mais hipóteses de autonomização, bem como apetência para participar nas OEC's.

Tendo em conta os resultados obtidos em todos os testes, nomeadamente no *MMSE* e *MoCA*, há uma forte possibilidade de R integrar grupos de OEC's, bem como a integração em Fóruns Sócio Ocupacionais, resta perceber a sua motivação para tal. Contudo, no que respeita às AVD's, e não obstante à pontuação relativa ao grau de independência, considera-se que R, apesar de ter condições de autonomização, beneficia de maior qualidade de vida ao residir na Instituição, onde se encontra. Em primeiro lugar porque, apesar da aparente capacidade para viver sozinho, tem o privilégio de integrar um quarto individual onde goza de privacidade total (o mesmo não acontecendo com a maioria dos utentes da UAT). Relativamente às refeições, também se considera que apesar da sua aparente autonomia, R pode beneficiar ao continuar na Instituição, visto as refeições serem confeccionadas e servidas pelo pessoal auxiliar. Em conclusão, embora R possua, em teoria, condições de

autonomização, e este seja um desejo seu, na prática, a sua vida tornar-se-ia muito mais dificultada caso se optasse por essa escolha.

Parte V. Conclusão

Desde já, salientar que, o início de um estágio curricular ou profissional ou mesmo quer se trate do início de exercício de funções numa empresa/organização, trata-se sempre de uma experiência desafiante e algo ansiogénica.

Neste caso, quando faltava tão pouco para completar uma etapa do mestrado em psicologia, depois de quase 5 anos de trabalho intenso teórico, de elevado investimento a nível pessoal, familiar e profissional, a motivação era muito alta.

Como é obvio, algumas dificuldades surgem sempre pelo caminho, contudo, não senti barreiras intransponíveis ao meu desenvolvimento e crescimento enquanto aluna finalista de mestrado, atrevendo-me a dizer que realizei um bom estágio cumprindo com sucesso todas as atividades que me foram propostas e exercendo com profissionalismo, na medida das minhas capacidades, o melhor que podia e sabia.

Saliento que a minha maior dificuldade esteve relacionada com o acompanhamento psicológico ao utente J, utente em surto com diagnóstico de esquizofrenia. É certo que a relação terapêutica foi importante para o utente, creio que o disse e demonstrou por diversas vezes. Julgo que se sentiu escutado e valorizado, e de certa forma, empoderado. Contudo, a nível psicológico ou ao nível da sua autorrealização, se quisermos, não houve evolução e isso criou em mim alguma frustração, na medida em que não me foi possível ajudar o cliente tanto quanto eu gostaria. Tudo o que eu pude fazer neste acompanhamento foi ser uma presença assídua ao longo de 9 meses. Tentei ser alguém com quem o cliente podia contar, em quem confiava. Se houve crescimento no sentido da hipercomplexificação, só o próprio o poderá dizer, mas infelizmente, não creio que tenha sido bem-sucedida naquilo a que me propus. Por tudo o que foi discutido nos seminários de estágio, aprendi que é muito difícil intervir com população portadora desta perturbação, que não adere à terapia medicamentosa.

Por outro lado, em vários outros acompanhamentos, mesmo naqueles em que as pessoas por um motivo ou por outro deixaram ou consideraram que não precisavam de prosseguir com o mesmo, existiram mudanças significativas no estado de humor destas,

repercutindo-se em mudanças positivas no seu comportamento e estilo de vida. Verificou-se que demonstravam mais disponibilidade para participar em atividades grupais e não só, também procuravam recursos profissionais e/ou educativos tais como formação profissional, e contato com familiares com quem não comunicavam há muito.

No cômputo geral, o trabalho com esta população é inicialmente, desafiante, sobretudo devido ao histórico que possui, às histórias de vida extremamente difíceis que estes indivíduos tiveram e aos traumas que carregam. Ainda assim creio que consegui, com ajuda de todos os técnicos da Instituição, realizar um trabalho que acabou por ficar marcado na vida destas pessoas.

Quanto ao grupo terapêutico aberto, verificou-se uma adesão inicial significativa, alguns membros participaram ativamente ao longo das sessões, mostrando-se sempre disponíveis para tal. Por outro lado, alguns utentes acabaram por desistir de comparecer por considerarem que as sessões não lhes faziam sentido. Outros ainda, não podiam participar por incompatibilidade de horários com outras atividades e pelo menos dois utentes faleceram no decorrer no ciclo de vida do grupo. Ainda assim, para aqueles que tiveram oportunidade e motivação para comparecer, crê-se que se verificaram melhorias ao nível do estado de animo, de humor e de relacionamento interpessoal.

Em conclusão, acredita-se que, com uma melhoria das suas condições de saúde biopsicossocial e com uma (re)integração social adequada, os utentes possam beneficiar de uma maior realização pessoal, e como consequência, possam vivenciar um aumento da sua saúde mental. Temos a expectativa que a realização das atividades constantes neste relatório, possam ter contribuído para uma maior ligação dos utentes à comunidade, assim como uma elevação da sua qualidade de vida.

5.1 Reflexão Pessoal

Todo o trabalho realizado durante o estágio constituiu um período de aprendizagem magnificante. No que respeita às atividades, creio que os objetivos delineados foram

cumpridos e excederam as expectativas em todas as vertentes. Não me tinha ocorrido realizar um estágio na área da exclusão social (termo que já agora, considero inadequado). Ainda assim, tenho dificuldade em expor por palavras o quão enriquecedor foi realizá-lo neste contexto, para além de ter sido uma verdadeira experiência de vida.

Torna-se demasiado difícil compilar uma reflexão final perante todas as problemáticas com as quais tive de lidar durante os cerca de 9 meses que passei nesta Instituição. Convivi com pessoas conotadas de forma altamente depreciativa como: prostitutas(os); traficantes; abusadores; toxicodependentes; homossexuais; atrasados mentais; pedófilos; criminosos de várias ordens; assassinos; entre outros. Presenciei outras situações que envolviam pessoas portadoras de doença física e psiquiátrica extremamente grave, entre eles, esquizofrénicos em surto, algumas com histórico de várias tentativas de suicídio, de abandono da Instituição, de violência física e verbal entre eles, consumo de substâncias ilícitas, iletrados, migrantes, refugiados, idosos, sem-abrigo e situações de morte.

Tive a possibilidade de colocar em prática a entrevista psicológica, o acompanhamento psicológico, a terapia em grupo, a estimulação cognitiva, a organização de eventos e inclusivamente os primeiros socorros psicológicos em casos mais graves, sendo pelo menos um deles, com ideação suicida.

O leque de problemáticas vivenciado no local de estágio é demasiado abrangente para o poder especificar nestas linhas. Contudo, não posso deixar de sublinhar que, cada situação e cada utente fazia ecoar em mim, um sentimento de solidariedade, pela luta que travava, pela sua sobrevivência e pela sua tentativa de redenção.

Quando os utentes partilham as suas histórias de vida, fazem uma avaliação e um balanço dos fatores que os levaram às ruas ou à dependência de substâncias, ou à Instituição. Partilham as suas experiências de vida enquanto procuram respostas que eles próprios tentam encontrar ao longo das suas narrativas. Nesta indagação de pistas para compreender porque é que as coisas aconteceram daquela forma, descobrem que existiram barreiras que criaram vários obstáculos à transformação total das suas circunstâncias. O fator “estar sozinho”, sem uma rede de apoio familiar e/ou de amigos, é frequentemente

considerado como um obstáculo para a situação de sem-abrigo e para a sua superação, bem como das doenças daí resultantes. Alguns encontram no ambiente e no contexto social em geral, uma explicação para os acontecimentos. A maioria, contudo, sente culpa, procura perdão, compreende o que lhes aconteceu e aceita o seu desígnio.

VI. Referências

- Adad M, Castro R, Mattos P. (2000). Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 31-34.
- Alves, R., & Silva, A. (2001). A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 18(1), 12-22.
- American Psychiatric Association (2013) *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5th ed.). Artmed.
- American Psychological Association (2019). *Guidelines for Psychological Practice for People with Low-Income and Economic Marginalization* <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-low-income.pdf>.
- Andrade, J., Firmino, H., Nogueira, V. & Santiago, L. (2019). *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. Lidel Ed.
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 537-546. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17516013/>
- Bragança, M. & Marinho, M. (2018). Psicofarmacologia nas perturbações de ansiedade. In P. Afonso, M.L. Figueira, J.M. Teixeira, & A.P. Palha (Coords.), *Manual de psicofarmacologia na prática clínica* (1a ed., pp. 115-128). Lidel
- Bueno, J. M., & Peixoto, E. M. (2018). Avaliação Psicológica no Brasil e no Mundo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38 (3), 108-121. <https://doi.org/10.1590/1982-37030002088>
- Brites, R., Brandão, T., Pereira, F. M., Hipólito, J., & Nunes, O. (2020). *Effects of supporting patients with dementia: A study with dyads*. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 614-620. <http://doi.org/10.1111/ppc.12476>.

- Brodley, B. (1997). The Nondirective attitude in client-centered therapy. *The person-centered journal*, 4(1), 18-30.
- Brodley, B. (2000). *Compreensão empática e sentimentos na Terapia Centrada no Cliente*. A pessoa como Centro, 5, 71-88.
- Campiche, C.; Hippolyte, J.; & Hipólito, J. (2012). *A comunidade Como Centro* (2.ªed). EDIUAL.
- Carvalho, A. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Direção Geral da Saúde
- Cecato, J.F., Montiel, J.M., Bartholomeu, D., & Martinelli, J.E. (2014). Poder preditivo do MOCA na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 17(4), 707-719. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13123>
- Collin, C.; Grand, V.; Benson, N.; Lazyan, M.; Ginsburg, J. & Weeks, M. (2014). *O Livro da Psicologia*. Marcador Ed.
- Corey, G. (1991). Invited commentary on macro strategies for delivery of mental health counseling services.
- Correia, D. (2014) *Manual de Psicopatologia*. Lidel Ed.
- Costa, R., Santos, D.R., & Soares, M.R. (2016). Intervenção psicológica em grupo para pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar: uma revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 9(2), 225-239. Doi: 10.4013/ctc.2016.92.08
- Costa, J. (2023). xxxxxxxxx. PowerPoint de Acolhimento.
- Cano, M., Martínez-Lorca, M., Gómez, S., & Martínez-Lorca, A. (2019). Evaluación de la dimensión semántica y fonológica en pacientes con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 133-155.
- Dametto, C. (2014) *Depressão*, Ed. KBR Petrópolis.

- Dominik, M., et al., Generalized Anxiety Disorder, panic disorder - diagnosis and treatment, *Journal of Education, Health and Sport* 12(7):780-783, DOI:10.12775/JEHS.2022.12.07.077
- Faria, C., Brites, R., Paulino, M., & Silva, F. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica* (1a ed.). PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Figueira M, Sampaio, D. | Pedro A. (2014) *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel Ed.
- Firmino H., Santiago. L., Andrade J. & Nogueira V. (2019). *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. Lidel Ed.
- Fonseca, C., & Rios, F., (2021). *Linguagem e comunicação na perspectiva do sujeito com esquizofrenia*. *Distúrbios da Comunicação*, 33(4), 615-626.
- Freitas, S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Psychologist*, 36(2), 113–126. <https://doi.org/10.1080/08873260802111036>
- Fuentes-García, A. (2014). *Katz Activities of Daily Living Scale*. In: Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1572
- Gleitman, H., Fridlung, J. & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. 8ª Ed.
- Gómez, S., (2020). *Esquizofrenia*. disponível em https://www.researchgate.net/publication/362127254_esquizofrenia_FMF
- Graf, C. (2008). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 18. 315-6.
- Gutiérrez, S. (2019). *Dificultades del lenguaje y la comunicación en personas con esquizofrenia*.

- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Edual.
- Ince, P., Haddock, G., & Tai, S. (2016). A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: Rates, barriers, and improvement strategies. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 89(3), 324–350. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/papt.12084>
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Rendimento e Condições de Vida*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594931817&DESTAQUESmodo=2.
- Kirschenbaum, H. (2004). Carl Rogers's Life and Work: An Assessment on the 100th Anniversary of His Birth. *Journal of Counseling and Development*: JCD, 82 (1), 116-124.
- Leal, I. (2011). *A Entrevista Psicológica. Técnica, Teoria e Clínica*. (2ª ed.). Fim de Século.
- Leal, I.; Ribeiro J. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. (1ª Ed.). Pactor.
- Leal, I. (2016). *Iniciação às Psicoterapias*. (3ª ed.). Fim de Século.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. 1ª Ed. Lidel
- Lopes, A.B, Souza, L.L., Camacho, L.F., Nogueira, S.F., Vasconcelos, A.C., Paula, L.T, Santos, M.O., Atavila, F.P, Cerbarro, G.F., & Fernandes, R.W. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 351-7. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAC.e8773.2021>
- Lourenço, R., & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública* 40 (4), 712-719.
- Macedo, A.; Pereira, A; Madeira, N. (2018). *Psicologia na Medicina*. (1ª ed.) Lidel.
- Magill, M.; Martino; S., Wampold B.; (2021). *The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide*. *Journal of Substance Abuse Treatment Volume 126*, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108442>.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. (2nd ed.). New York: D. Van Nostrand.
- Maté, G. (2023). *O Mito do Normal, Trauma Doença & Cura numa Cultura Tóxica*. (2ª ed.) Lua de Papel.

- Matthews K., Gallo L. (2011) Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*. 62:501-530. DOI: 10.1146/annurev.psych.031809.130711. PMID: 20636127; PMCID: PMC3121154.
- Martinez, G. P. (2017). *Alteraciones pragmáticas de la comunicación verbal en pacientes con esquizofrenia*.
- Messas, G. P. (2013). Sentido e limites do diagnóstico diferencial entre psicoses endógenas e exógenas. *Revista de Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*.
- Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza. (2021). *A Saúde Mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico*. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAdede-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf>.
- Nunes, O., Brites, R., Hipólito, J. (2018). Psicoterapia Centrada no Cliente. In I. Leal (Coord). *Psicoterapias*, 1 – 416. Lisboa: PACTOR.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Artmed.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *A intervenção psicológica na depressão. Eficácia, Custo-Efetividade e Futuro*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/interv_psic_depress__o.pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). *Perfil dos/as Psicólogos/as Nas Instituições Sociais e Comunitárias*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/perfil_psicologos_instituia_a_oes_sociais_e_comunitarias_f.pdf.
- Pavlovic D, Patera AC, Nyberg F, Gerber M, Liu M; Progressive Multifocal Leukoencephalopathy Consortium. Progressive multifocal leukoencephalopathy: current treatment options and future perspectives. *Ther Adv Neurol Disord*. 2015 Nov;8(6):255-73. Doi: 10.1177/1756285615602832. PMID: 26600871; PMCID: PMC4643867.
- Paul, S., & Sharfman, N. (2016). Methods to Understand Brain Connections and Neural Function: Functional connectivity as a means to delineate differences between

- treatment-resistant and treatment-responsive schizophrenia. *Journal of Neurophysiology*, 116(2), 229.
- Pinto, A. (2021). *Kurt Lewin: A dinâmica do comportamento grupal*. Lider magazine.
- Prouty, G. (2001). *Evolução Teórica na Terapia Experiencial Centrada na Pessoa: Sua Aplicação nas Psicoses Esquizofrênicas e de Atraso Mental*. Ed. GATF.
- Rogers, C. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. In (ed.) S. Koch, *Psychology: A Study of a Science. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context*. New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist* 1, 415-422.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In (ed.) S. Koch, *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context*. McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Padrões Culturais Editora.
- Rogers, C., & Wallen, J. L. (1946). *Counseling with returned servicemen*. McGraw-Hill Book Company.
- 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. (1970). *Grupos de Encontro*. Moraes Editores.
- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Ed. GATF.
- Rogers, C. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center Discussion Paper.

- Rogers, C. (1961). *On Becoming a person: A psychotherapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Saraiva, B., (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel Ed.
- Seth, A. (2018). *O cérebro em 30 segundos*. Ed. Jacarandá 2ª Ed.
- Simões, M., Almeida, L. & Gonçalves, M. (2017). *Psicologia Forense Instrumentos de Avaliação*. Pactor Ed.
- Stein D.J., Seedat S. (2004). *Unresolved questions about treatment-resistant anxiety disorders*. *CNS Spectrums*, 9(10), 715. <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/unresolved-questions-about-treatment-resistant-anxiety-disorders/B85D4D5D613E041EBFDD31B324D0497A>
- Smoller J. (2016). *The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and Anxiety Disorders*. *Neuropsychopharmacology*. 41(1):297-319. doi: 10.1038/npp.2015.266. PMID: 26321314; PMCID: PMC4677147.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In Cunha, J.A. (Coord.), *Psicodiagnóstico-V*, (5a ed., pp. 45-56). Artmed.
- Truong, Cervin, Choo, Numbers, Bentvelzen, Kochan, Brodaty, Sachdev & Medvedev, (2023). *Using network analysis, we are examining the validity of the Mini-Mental State Examination (MMSE) and its domains*. *Psychogeriatrics*. 24. 10.1111/psyg.13069.
- Vala, J.; Pinto, A.; Moreira, S.; Lopes, R.; Januário, P.; (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas*. Relatório do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.