



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

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NUMA CLÍNICA
PSIQUIÁTRICA

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

Autora: Bruna Daniela Correia Vinagre

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da candidata: 30005476

abril de 2025

Lisboa

Agradecimentos

Começo por expressar a minha profunda gratidão à minha família, que sempre acreditou em mim e me apoiou de forma incondicional.

Em especial à minha mãe que sempre lutou para eu chegar até aqui e foi sempre uma inspiração para eu querer ser melhor e lutar pelos meus objetivos, obrigada por todo o encorajamento.

Ao meu namorado por toda a paciência e amor durante este percurso, os quais foram essenciais para tornar esta experiência mais motivadora e com um olhar menos difícil. Foi o meu porto seguro durante os desafios e momentos de insegurança.

Agradeço a todos os meus professores, por toda a partilha de conhecimento e, consequentemente, enriquecimento da minha experiência académica e inspiração.

Agradeço também à Prof.^a Dr.^a Rute Brites, orientadora do relatório, por toda a disponibilidade e atenção incansáveis.

Ao Dr. Filipe Bernardo, orientador do local de estágio, por toda a partilha de conhecimento e suporte ao longo do estágio académico.

Ainda gostaria de agradecer a todos os meus colegas, que fizeram parte deste percurso desafiante. O apoio mútuo, a partilha de conhecimentos, a superação de dificuldades e a celebração de conquistas tornaram esta experiência mais gratificante.

Por fim, gostaria de expressar minha gratidão a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a minha experiência, por todo o apoio, orientação e inspiração ao longo de todo o meu percurso académico.

Resumo

Este relatório apresenta as atividades realizadas no estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, desenvolvido numa clínica psiquiátrica. O estágio teve como objetivo principal integrar os conhecimentos teóricos com a prática clínica, desenvolvendo competências de avaliação e de intervenção psicológica, com base na filosofia da Abordagem Centrada na Pessoa, a qual enfatiza a empatia, a aceitação incondicional e a congruência, como pilares das relações de boa qualidade terapêutica.

As metodologias adotadas incluíram um caso de acompanhamento psicológico individual, um caso de avaliação psicológica e a dinamização de grupos focados no desenvolvimento de competências emocionais, sociais e de regulação emocional.

Ao longo do estágio, salientam-se desafios como a rotatividade dos participantes, a necessidade de ajustar os conteúdos às limitações individuais e a importância de uma prática clínica ética e empática. Mesmo perante dificuldades inerentes ao contexto psiquiátrico, a experiência foi decisiva para o aprimoramento de competências técnicas e interpessoais, contribuindo para o desenvolvimento de uma abordagem centrada no paciente e para a consolidação de práticas terapêuticas adaptáveis e humanizadas.

O estágio foi fundamental para o desenvolvimento de competências técnicas e éticas no contexto da psicologia clínica, reforçando a importância da articulação multidisciplinar e da adaptação contínua das intervenções às necessidades específicas de cada indivíduo. Este período de aprendizagem proporcionou um crescimento pessoal e profissional fundamental, consolidando competências práticas essenciais para o exercício da psicologia clínica num contexto desafiador e com diversas patologias.

Palavras-chave: psicologia clínica, abordagem centrada na pessoa, acompanhamento psicológico, avaliação psicológica, intervenção multidisciplinar

Abstract

This report presents the activities carried out during the curricular internship for the Master's Degree in Clinical and Counseling Psychology, which took place in a psychiatric clinic. The main objective of the internship was to integrate theoretical knowledge with clinical practice, developing psychological assessment and intervention skills based on the Person-Centered Approach, which emphasizes empathy, unconditional acceptance and congruence as pillars of high-quality therapeutic relationships.

The methodologies adopted included a case of individual psychological support, a case of psychological assessment and the dynamization of groups focused on the development of emotional, social and emotional regulation skills.

Throughout the internship, challenges such as the rotation of participants, the need to adjust content to individual limitations and the importance of ethical and empathetic clinical practice stand out. Despite the difficulties inherent in the psychiatric context, the experience was decisive for improving technical and interpersonal skills, contributing to the development of a patient-centred approach and the consolidation of adaptable and humanized therapeutic practices.

The internship was fundamental to the development of technical and ethical skills in the context of clinical psychology, reinforcing the importance of multidisciplinary coordination and the continuous adaptation of interventions to the specific needs of each individual. This period of learning provided fundamental personal and professional growth, consolidating the practical skills that are essential for practicing clinical psychology in a challenging context with diverse pathologies.

Keywords: clinical psychology, person-centered approach, psychological counseling, psychological assessment, multidisciplinary intervention

Índice

Introdução.....	7
1. Contextualização do Estágio	9
1.1. Caraterização da Instituição	9
1.1. A Atividade dos Psicólogos na Instituição.....	12
Parte I. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
1.1. A Intervenção em Psicologia Clínica.....	15
1.2. Perturbação Mental	17
1.3. Deficiência Intelectual	20
1.4. Perturbação Depressiva	25
1.5. Perturbação de Ansiedade	32
1.6. Abordagem Centrada na Pessoa	35
1.7. Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrada na Pessoa	38
Parte II. ATIVIDADES DO ESTÁGIO.....	42
2. Atividades Desenvolvidas	43
2.1. Grupo de Competências Emocionais, Sociais e de Psicoeducação	44
2.1.1. Reflexão Global das Sessões.....	46
2.2. Grupo de Competências de Regulação Emocional.....	47
2.2.1. Reflexão global das Sessões.....	48
2.3. Reuniões Multidisciplinares	50
Parte III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS	51
3.1. Caso de Acompanhamento Individual	52
3.1.1. Identificação Pessoal.....	52
3.1.2. Motivo do Pedido	52
3.1.3. Observação	53
3.1.4. História Pessoal	53
3.1.5. Medicação	60
3.1.6. Análise do Caso com base na Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrada na Pessoa	60
3.1.7. Resumo do Acompanhamento.....	63
3.1.8. Reflexão sobre o Caso de Acompanhamento.....	69
3.2. Caso de Avaliação Psicológica.....	71
3.2.1. Identificação	71
3.2.2. Motivo do Pedido	72
3.2.3. Observação	72
3.2.4. História Pessoal	72

3.2.5.	Medicação	76
3.2.6.	Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados	77
3.2.6.1.	<i>Clinical Analysis Questionnaire (CAQ)</i>	77
3.2.6.2.	<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)</i>	79
3.2.7.	Resultados	80
3.2.8.	Discussão do Caso	83
Parte IV.	CONCLUSÃO	85
4.1.	Conclusão e Reflexão sobre o Estágio Curricular	86
	Referências Bibliográficas	89

Índice de tabelas

Tabela 1 – Cronograma das atividades de estágio desenvolvidas ao longo dos 8 meses

Tabela 2- Horário Semanal

Tabela 3- Perfil do CAQ (níveis Percentílicos, de acordo com os Decatipos)

Tabela 4- Cotação do BSI, com dados estatísticos do manual

Índice de Anexos

Anexo 1- Cotação do CAQ

Anexo 2- Folha de resposta CAQ

Anexo 3- Folha de resposta BSI

Lista de abreviaturas e siglas

AAIDD- *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*
(Associação Americana de Deficiências Intelectuais e do Desenvolvimento)

APA- *American Psychiatric Association* (Associação Psiquiátrica Americana)

BSI- *Brief Symptom Inventory* (Inventário Breve de Sintomas)

CAQ- *Clinical Analysis Questionnaire* (Questionário de Análise Clínica)

CID-11- Classificação Internacional de Doenças 11ª Edição

DE- Decatipo

DI- Deficiência Intelectual

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual
Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

GABA- Acido Gama-Aminobutírico

IMAO- Antidepressivos Inibidores de Monoaminoxidase

IRSN- Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

ISRS- Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAG- Perturbação de Ansiedade Generalizada

PD- Pontuação Direta

PPB- Perturbação da Personalidade Borderline

WHO- *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

Introdução

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento e tem por objetivos a descrição das atividades realizadas no estágio académico e a subsequente reflexão acerca das mesmas.

O estágio académico é uma componente fundamental da formação universitária em Psicologia, integrando o plano de estudos do segundo ciclo (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2022). Este estágio proporciona uma formação introdutória na prática profissional em contexto real, permitindo a integração de conhecimentos teóricos e práticos. Durante o estágio, os estudantes têm a oportunidade de aprender procedimentos específicos da prática psicológica, iniciar a prática supervisionada, desenvolver capacidades de reflexão sobre as atividades desempenhadas e discuti-las, assim como trabalhar em colaboração com outros profissionais (OPP, 2022). A supervisão desempenha um papel crucial neste processo, sendo entendida como método específico de aprendizagem e desenvolvimento profissional, que promove a reflexão e o aconselhamento, auxiliando os psicólogos a integrarem a experiência prática com o conhecimento teórico. Além disso, a supervisão ajuda os profissionais a encontrar soluções para os desafios enfrentados na sua prática, a gerir o stresse e a construir a sua identidade profissional (OPP, 2014).

O estágio foi realizado na área de acolhimento de saúde mental, onde tive a oportunidade de observar e participar ativamente no trabalho dos psicólogos da instituição, compreender o papel do psicólogo clínico e colaborar com outros profissionais. Assim, teve como objetivo principal aprofundar e consolidar os conhecimentos teóricos na área da psicologia clínica, com foco nas perturbações mentais e outras condições de saúde mental. Desta forma, pretendeu-se obter uma melhor compreensão das manifestações psicológicas dos pacientes em contexto psiquiátrico e das intervenções mais eficazes. Pretendeu também facilitar o desenvolvimento de competências tanto ao nível do acompanhamento psicológico, como na avaliação psicológica. A colaboração com uma equipa multidisciplinar foi essencial para uma abordagem integrada, considerando não apenas os sintomas apresentados, mas também os fatores sociais, emocionais e comportamentais que impactam a saúde mental dos pacientes.

Em suma, o estágio permitiu-me aplicar e expandir os meus conhecimentos, desenvolver competências específicas na avaliação e intervenção clínica, e contribuir para o cuidado integral dos pacientes, promovendo a saúde mental e a qualidade de vida num contexto de complexidade e desafios emocionais.

Os objetivos específicos foram:

1. Integrar conhecimentos teóricos com a prática clínica: estabelecer contacto inicial com a prática da Psicologia Clínica, aplicando conceitos e técnicas em situações reais, de forma a melhorar a compreensão das manifestações psicológicas dos pacientes e das intervenções mais eficazes.
2. Compreender o papel do psicólogo clínico no contexto psiquiátrico: entender o papel do psicólogo clínico em contexto psiquiátrico, enfatizando a importância da colaboração com a equipa multidisciplinar.
3. Desenvolver competências de acompanhamento psicológico: adquirir competências para o acompanhamento psicológico individual, promovendo o alívio do sofrimento psíquico.
4. Aplicar os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa: integrar os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa no acompanhamento psicológico, colocando o cliente no centro do processo terapêutico e respeitando as suas emoções, pensamentos e necessidades, de forma a criar um ambiente terapêutico seguro, onde se sinta compreendido e apoiado.
5. Adquirir competências de avaliação psicológica: desenvolver a capacidade de realizar avaliações psicológicas, utilizando instrumentos de avaliação psicológica, que permitam avaliar o estado mental e emocional dos pacientes, identificando os sintomas presentes, para que haja uma integração dos resultados com o processo de acompanhamento psicológico.
6. Dinamizar atividades em grupo na Psicologia Clínica: obter experiência na condução de atividades grupais que promovam a interação e o suporte entre os pacientes, contribuindo para o seu bem-estar e desenvolvimento emocional, bem como desenvolver competências de comunicação e intervenção em grupo.
7. Promover a psicoeducação: facilitar a compreensão dos pacientes sobre as suas condições através da psicoeducação, ajudando-os a gerir melhor os seus sintomas e aumentar a consciencialização sobre a sua saúde mental.
8. Realizar uma anamnese: adquirir habilidades para realizar uma anamnese detalhada e bem estruturada, essencial para o diagnóstico e planeamento das intervenções.

9. Integrar uma equipa multidisciplinar: o trabalho colaborativo com outros profissionais de saúde, como psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas, é fundamental para oferecer um cuidado integrado e abrangente aos pacientes.

O presente relatório está estruturado da seguinte forma: inicia-se com a introdução, seguindo-se da contextualização do estágio; em seguida, a revisão da literatura, que aborda temas teóricos de forma a aprofundar a compreensão das problemáticas encontradas nos dois casos de acompanhamento e de avaliação, apresentando a perturbação mental, a deficiência intelectual, a perturbação depressiva e a perturbação de ansiedade, a Teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo, de modo a haver uma compreensão do ponto de vista biopsicossocial da pessoa e a Abordagem Centrada na Pessoa, como referencial teórico central para guiar as intervenções realizadas; posteriormente, o trabalho de estágio descreve de maneira detalhada as atividades desenvolvidas. Logo depois, a apresentação e discussão de casos inclui a análise de dois casos, um acompanhamento psicológico e uma avaliação psicológica. Finalmente, a conclusão sintetiza a reflexão da experiência do estágio, destacando as contribuições para o meu desenvolvimento profissional.

1. Contextualização do Estágio

Nesta secção, começarei por descrever, sumariamente, a instituição onde decorreu o estágio, seguindo-se uma descrição das atividades do psicólogo, nesse contexto.

1.1. Caraterização da Instituição

O estágio académico foi realizado numa clínica psiquiátrica em contexto urbano, pertencente a uma instituição de carácter religioso. Esta instituição emergiu como resposta à situação de abandono no âmbito da saúde e exclusão social dos doentes mentais, nomeadamente mulheres, numa lógica de modelo assistencial (site da instituição¹).

Este modelo tem por base o respeito e a defesa da dignidade do doente, numa abordagem integral, personalizada e interdisciplinar, com o objetivo da reinserção na sociedade (site da instituição). A missão da clínica é fornecer cuidados diferenciados e humanizados em saúde mental e psiquiatria, respeitando a individualidade e sensibilidade

¹ Não é possível colocar o link para o site da instituição, para proteger o anonimato da mesma

do paciente, numa visão humanista e integral da pessoa e, também, ser um estabelecimento em constante evolução, no sentido de uma atuação sistemática e progressiva, enquadrando na assistência prestada os aspetos médicos e sociais que englobam as dimensões física, psíquica e espiritual da pessoa doente (site da instituição).

O valor central da clínica é o princípio da hospitalidade, do qual emanam oito valores fundamentais: um serviço dedicado aos doentes e necessitados; um acolhimento libertador, que se manifesta como uma disposição contínua no relacionamento com os doentes; uma sensibilidade especial para com os excluídos; a promoção da saúde integral, que reconhece a importância de todas as dimensões da pessoa; a procura incessante pela qualidade profissional, na qual as competências técnicas são enriquecidas pela sensibilidade; a humanidade na atenção; a ética como alicerce em todas as ações; e a consciência histórica, representada pelo património que tem de ser compreendido, não se resumindo este a replicar práticas do passado, mas sim a manter o espírito que confere identidade às instituições, agindo com sabedoria científica benéfica, mas sempre com uma abordagem humanizada. Este princípio é essencial e subjacente a toda a atuação da clínica (site da instituição).

De modo responder melhor às necessidades dos utentes, a clínica conta com uma equipa multidisciplinar, que segundo Filho, “é um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico” (Filho 1995, p. 155, citado por Sousa, 2018). A integração de múltiplas disciplinas é fundamental para compreender, diagnosticar e tratar eficazmente os complexos desafios da saúde mental, permitindo que cada área contribua para uma avaliação e abordagem abrangentes desses problemas (Dias et al., 2023).

A presença de uma equipa multidisciplinar facilita a integração de conhecimentos e promove o trabalho interprofissional. A troca contínua de conhecimentos e práticas entre os membros, resultando numa abordagem mais holística e eficaz do cuidado ao paciente, é fundamental, para a eficácia desse tipo de equipas (Lima et al., 2024).

Neste sentido, a equipa integra profissionais de vários serviços: medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social e serviço pastoral da saúde. É constituída por oito unidades de internamento, cada uma adaptada para atender às necessidades específicas dos doentes. Estas unidades abrangem áreas distintas de cuidado.

No que respeita à área de psiquiatria, existem quatro unidades: a unidade 2 é uma unidade de curto e médio internamento, com enfoque em pedidos provenientes de hospitais e é uma psiquiatria geral para diversas faixas etárias, com foco em perturbações de humor; a unidade 8, de curto e médio internamento também, serve de extensão da unidade dois e é utilizada para que do ponto de vista hoteleiro possa oferecer uma resposta melhorada, oferecendo um ambiente mais contendor e menos estimulante; a unidade 3, de longo internamento foca em casos de longa evolução, predominantemente com patologias afetivas; e a unidade 5, que prioriza casos de longa evolução com patologias psicóticas, enfrentando ainda casos complexos, que algumas vezes requerem eletroconvulsoterapia, com resultados positivos.

No que se refere à área de psicogeriatrica, existem duas unidades: a unidade 1, de longo internamento, que atende pessoas com mais de 65 anos, com ênfase em doenças psiquiátricas de longa evolução, sendo que nesta unidade as pessoas são mais autónomas, fisicamente preservadas, com histórico académico e laboral diferenciado; e a unidade 4, de longo internamento, para pessoas com doença psiquiátrica moderada a grave.

Relativamente à área de deficiência intelectual, existem duas unidades: a unidade 6, de longo internamento, destinada a pessoas com deficiência intelectual profunda e comprometimento cognitivo acentuado, onde os pacientes são muito dependentes do ponto de vista da satisfação das necessidades básicas e onde são feitas intervenções multidisciplinares com foco na estimulação sensorial, reconhecendo a importância do sentir na comunicação; e a unidade 7, de longo internamento também, que aborda casos de deficiência intelectual ligeira a moderada, frequentemente associada a patologias comportamentais, onde se enfrenta desafios significativos de potencial conflito e necessidade constante de regulação emocional.

A clínica ainda dispõe de uma área de ambulatório que integra as consultas externas de psiquiatria, psicologia e perturbações alimentares; a área de dia, que se foca na reabilitação sócio ocupacional; um Hospital de Dia (Perturbações do Comportamento Alimentar), que implementa um projeto utilizando uma abordagem diferenciada para doenças do comportamento alimentar; e uma Residência na Comunidade, de apoio moderado com capacidade para seis pacientes com autonomia diferenciada, capazes de gerir as suas necessidades básicas e participar ativamente em atividades.

Importa salientar que o serviço de psicologia atua em todas as unidades, à exceção da unidade 6 (unidade de deficiência mental profunda).

Há internamentos que são encaminhados pelo Estado, através do Sistema Nacional de Saúde. Muitas vezes não são casos agudos de psiquiatria, mas sim casos sociais e de saúde, o que leva a que as pessoas fiquem internadas mais tempo.

1.1. A Atividade dos Psicólogos na Instituição

Na clínica trabalham três psicólogos, de vários modelos terapêuticos. Cada profissional desempenha um papel crucial na abordagem abrangente e especializada da instituição, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes.

Um dos psicólogos trabalha na consulta externa, realizando consultas psicológicas e avaliações neuropsicológicas. Atua nas unidades de curto internamento, onde se concentra principalmente em avaliações para diagnóstico diferencial. Realiza avaliações para determinar se as dificuldades cognitivas ou funcionais apresentadas pelos pacientes são decorrentes de condições como depressão, demência ou outras perturbações. Foi este psicólogo o orientador do meu estágio.

Outro dos profissionais atua nas consultas externas e participa em reuniões comunitárias nas unidades 2 e 8. Nestas reuniões, o objetivo é proporcionar um espaço para ouvir as experiências das pacientes e tentar perceber o que é sentido pelas mesmas e melhorar as suas vivências na clínica a partir daí. Além disso, trabalha num programa especializado para pacientes com esquizofrenias graves, realizando avaliações periódicas e implementando mudanças no tratamento conforme necessário. Por fim, colabora ativamente na Comissão de Ética e no departamento de formação.

O terceiro profissional é responsável pelas unidades de psicogeriatrica e coordena um projeto focado em perturbações alimentares. Além disso, é gestor de qualidade, está envolvido na gestão de projetos e contribui para a identidade hospitalar, promovendo a integração dos novos colaboradores na missão e história da instituição.

Parte I. REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, serão apresentados os principais conceitos e teorias que fundamentam as atividades desenvolvidas durante o estágio. A seleção dos temas teve por base a necessidade de aprofundar a compreensão das problemáticas observadas, tanto no caso de acompanhamento psicológico como no de avaliação psicológica. Estes casos, que ganharam destaque no percurso do estágio, exigiram uma integração entre teoria e prática, de forma a fundamentar as intervenções realizadas e as análises efetuadas.

O tópico da Intervenção em Psicologia Clínica foi utilizado para fundamentar as práticas relativamente à avaliação, diagnóstico e intervenção terapêutica.

A temática das perturbações mentais foi essencial para contextualizar sintomas e compreender os fatores que influenciam a saúde mental, considerando o impacto das mesmas na vida dos indivíduos.

A Deficiência Intelectual foi escolhida como tópico devido à sua relevância no trabalho clínico, especialmente em unidades específicas destinadas a pacientes com essa condição. Além disso, foi uma área em que estive diretamente envolvida, com um grupo cujos pacientes apresentavam a mesma condição, o que possibilitou o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas. No entanto, não especifiquei outras condições presentes noutra unidade onde desenvolvi atividades, pois os quadros clínicos eram bastante diversos. No entanto, neste grupo específico, todos os pacientes apresentavam a mesma condição, o que possibilitou o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas.

A Perturbação Depressiva e a Perturbação de Ansiedade foram algumas das mais relevantes, pois embora não sejam as mais frequentemente diagnosticadas no local de estágio, estas perturbações tiveram um impacto significativo nos casos que acompanhei, o que justificou a sua análise teórica aprofundada.

A Abordagem Centrada na Pessoa guiou todas as intervenções realizadas no estágio, incluindo o acompanhamento psicológico individual e em grupo, promovendo um ambiente terapêutico seguro e empático.

Por fim, a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrada na Pessoa desempenhou um papel crucial na análise e interpretação dos processos emocionais e relacionais observados nos casos, contribuindo para uma visão integrada do desenvolvimento humano no contexto clínico.

1.1. A Intervenção em Psicologia Clínica

Segundo a OPP, “a Psicologia Clínica e da saúde é uma especialidade da psicologia que se debruça sobre a promoção do bem-estar e realização pessoal, intervindo em problemas de saúde física, mental e de comportamento de indivíduos, famílias ou grupos, conceptualizando-os de forma compreensiva” (2016, p.9). Aborda um amplo conjunto de perturbações, do foro emocional, psicológico, social ou comportamental, podendo variar do “desconforto” até perturbações mais graves (OPP, 2016).

Os psicólogos clínicos e da saúde têm um papel fundamental na compreensão da psicopatologia e dos processos mentais, atuando através da avaliação e intervenção, além de integrarem a pesquisa e a supervisão como pilares essenciais da sua prática (OPP, 2016). Indivíduos que procuram a ajuda destes profissionais, geralmente, pretendem eliminar sintomas angustiantes devido a pensamentos, sentimentos ou comportamentos problemáticos (Plante, 2005). Através da utilização de instrumentos como entrevistas, observações e instrumentos psicológicos, que são essenciais na avaliação, diagnóstico e prevenção dos problemas de saúde mental, os psicólogos conseguem compreender, tratar e prevenir essas condições (Compas, 2002).

A entrevista clínica é um dos instrumentos mais importantes de que o psicólogo dispõe para situações de avaliação e intervenção, sendo a sua eficácia dependente das qualidades pessoais, éticas e técnicas do psicólogo (Faria et. al., 2020). Durante a entrevista inicial é comum a realização da anamnese, na qual o psicólogo obtém um histórico detalhado do paciente, que representa um ponto de partida para o diagnóstico.

A principal finalidade é reunir informações abrangentes sobre o histórico de desenvolvimento do indivíduo de forma organizada e sistemática (Araújo et al., 2013). Desta forma, os psicólogos clínicos tentam compreender as dificuldades das pessoas reunindo informações e procurando entender como o problema se manifesta na vida da pessoa (Mayers & Mwale, 2018).

Considera-se que a observação clínica é uma técnica igualmente indispensável aquando da prática da Psicologia Clínica, desempenhando um papel crucial na avaliação, diagnóstico e intervenção centrada na individualidade do cliente (Faria et al., 2020). Segundo Pedinielli (1999), a observação consiste na atenção contínua da natureza, do homem e da sociedade, a fim de conhecê-los de uma forma mais profunda (Pedinielli, 1999). Esta técnica permite não só identificar indicadores de psicopatologia, mas também compreender elementos normativos associados aos comportamentos (Ferreira &

Mousquer, 2004). Além disso, a observação clínica privilegia a dimensão experiencial do ser humano, referindo-se sobretudo à subjetividade do sujeito (Ciccone, 1998).

A avaliação psicológica refere-se a um conjunto de métodos que visam obter informações relevantes para testar hipóteses clínicas, diagnosticar, descrever o funcionamento de indivíduos ou grupos e fazer previsões sobre comportamentos (Mendes et al., 2013). A formulação tentará dar sentido às informações recolhidas na avaliação e incluirá também informações sobre os fatores que podem perpetuar o problema e as coisas que podem ajudar a manter a pessoa bem (Mayers & Mwale, 2018).

Salienta-se a importância de o psicólogo recorrer, sempre que necessário, às técnicas psicométricas que tem ao seu dispor, de forma a melhorar a sua avaliação, recorrendo a métodos cientificamente testados que lhe permitem aferir e até comparar os resultados obtidos pelo seu cliente, dado que pode recorrer a uma repetição de determinados testes em diferentes alturas do processo terapêutico (Faria et. al., 2020).

Após a avaliação, a devolução dos resultados permite, tanto ao clínico como ao cliente, a elaboração de um plano terapêutico ajustado às necessidades específicas identificadas, que irá ajudar o cliente e o profissional a estipular o caminho a seguir (Faria et. al., 2020).

O aconselhamento psicológico em saúde é uma intervenção que visa auxiliar o indivíduo a preservar ou melhorar a sua saúde. Isso inclui a promoção de um estilo de vida saudável e comportamentos saudáveis. Além disso, tenciona ajudar na adaptação psicológica a mudanças no estado de saúde e envolve mudanças pessoais, ajustamento a novas situações, interação com profissionais de saúde, adesão a tratamentos e medidas de reabilitação (Trindade & Teixeira, 2000).

De acordo com o Código Deontológico da OPP, aprovado pelo Regulamento n.º 898/2024, os psicólogos devem orientar a sua prática a partir de um conjunto de princípios gerais que garantem a ética e o rigor profissional no exercício da sua profissão (OPP, 2024).

Os princípios gerais começam pelo respeito à dignidade e aos direitos humanos, onde se destaca a necessidade de os psicólogos promoverem o bem-estar e a autonomia dos seus clientes, tratando-os de forma justa e sem discriminação (OPP, 2024).

A competência profissional é outro princípio fundamental e exige que os psicólogos exerçam a sua atividade com base em pressupostos técnicos e científicos, mantendo uma formação contínua e treino adequado, de modo que a intervenção

psicológica seja eficaz e responsável. A competência inclui a supervisão por outros psicólogos e deve ser constantemente atualizada (OPP, 2024).

O princípio da responsabilidade refere que os psicólogos devem estar cientes das consequências do seu trabalho, tanto para os indivíduos, como para a sociedade e a profissão, assumindo três dimensões: a responsabilidade individual, profissional e social. A responsabilidade individual assume o dever de promover a autonomia dos clientes, avaliando as suas necessidades e agindo de forma ética e responsável. A responsabilidade profissional implica que os psicólogos respeitem o Código Deontológico, promovam e dignifiquem a sua profissão. Já a responsabilidade social exige que considerem o impacto das suas ações na sociedade. Além disso, devem trabalhar para o desenvolvimento de sociedades justas e equitativas, promovendo os Direitos Humanos e respeitando a diversidade (OPP, 2024).

O quarto princípio é o da integridade, que destaca a importância de os psicólogos defenderem os princípios e valores da profissão, evitando que as suas crenças pessoais, preconceitos ou motivações influenciem suas decisões e evitando conflitos de interesse (OPP, 2024).

Por fim, o princípio da beneficência e não-maleficência estabelece que os psicólogos têm o dever de auxiliar os seus clientes na promoção e proteção dos seus interesses, promovendo o seu bem-estar e evitando causar-lhes danos (OPP, 2024).

Importa salientar ainda, dois pilares fundamentais da ética e deontologia na prática profissional do psicólogo, a confidencialidade e a privacidade, que exigem que os psicólogos protejam todas as informações confidenciais obtidas no exercício da sua profissão, seja de forma direta ou indireta. Essa proteção deve ser garantida em todas as circunstâncias, exceto em casos onde haja um perigo iminente ou onde a lei imponha a sua revelação (OPP, 2024).

1.2. Perturbação Mental

Uma perturbação mental é uma condição caracterizada por uma alteração significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, resultante de disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento envolvidos no funcionamento mental. Estas perturbações causam sofrimento ou dificuldades significativas, impactando negativamente áreas como atividades sociais, profissionais ou outras esferas importantes da vida. Reações esperadas a situações stressantes ou perdas não são consideradas perturbações mentais. Além disso, as

perturbações não podem ser classificadas por comportamentos divergentes de normas sociais, políticas, religiosas ou sexuais, a menos que sejam consequência de uma disfunção no indivíduo (*American Psychiatric Association [APA]*, 2023).

O diagnóstico de uma perturbação mental deve ter uma utilidade prática, auxiliando os profissionais de saúde a determinar o prognóstico, planejar o tratamento e prever os resultados para os pacientes. No entanto, o diagnóstico em si não implica necessariamente a necessidade de tratamento. A decisão sobre o tratamento é complexa e deve considerar a gravidade e relevância dos sintomas, como pensamentos suicidas, o sofrimento emocional do paciente, a incapacidade causada pelos sintomas, além dos riscos e benefícios das opções terapêuticas disponíveis. Mesmo que alguns indivíduos não atendam a todos os critérios para uma perturbação mental, eles podem precisar de tratamento. Portanto, a ausência de todos os sintomas de um diagnóstico formal não deve ser usada para negar o acesso aos cuidados apropriados (APA, 2023).

As perturbações mentais representam um grave problema de saúde pública global, afetando mais de 1.5 bilhões de pessoas, com impacto social e financeiro significativo. Estas condições representam 8.1% dos anos de incapacidade mundial (Ménéchal, 2005). As perturbações mentais e por uso de substâncias estão entre as principais causas de incapacidade, a nível global. Em 2019, as perturbações depressivas e de ansiedade afetaram mais de 970 milhões de pessoas no mundo, enquanto as perturbações por uso de substâncias, que aumentaram significativamente desde 1990, impactaram mais de 108 milhões de pessoas com o uso de álcool e mais de 56 milhões com o uso de drogas (Moitra et al., 2023).

De acordo com estimativas recentes, mais de 13% dos adolescentes em todo o mundo têm alguma perturbação mental, sendo que as mais comuns, como a ansiedade e a depressão, representam cerca de 40% dos casos. A prevalência de perturbações mentais continua a apresentar variações consistentes por género, com depressão e ansiedade sendo mais comuns entre as mulheres, enquanto a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) e a perturbação de conduta são mais comuns entre os homens. A prevalência das perturbações por uso de substâncias também varia por género, sendo o índice nos homens duas vezes maior que nas mulheres (Moitra et al., 2023).

Ao longo da história, o conceito de comportamento normal ou anormal variou conforme o contexto cultural e temporal. Antigamente, comportamentos que se desviavam das normas sociais eram usados para silenciar certos grupos. Com o passar do tempo, uma abordagem menos relativista começou a focar-se em comportamentos que

representavam ameaças à segurança ou que causavam sofrimento intenso (Farreras, 2013).

Três teorias principais sobre as causas das doenças mentais emergiram ao longo do tempo: a sobrenatural, que as atribuía a doenças a possessões, maldições e pecados; a somatogénica, que as relacionava com fatores físicos, como distúrbios cerebrais ou genéticos; e a psicogénica., que considerava as experiências traumáticas ou percepções distorcidas como causas. Essas teorias determinaram os tratamentos adotados, desde exorcismos até sangrias (Farreras, 2013).

A partir do século XVI, surgiram hospitais e asilos que confinavam doentes em condições precárias, onde eram utilizados métodos como sangrias. No entanto, nos séculos XVIII e XIX, reformas humanitárias trouxeram uma abordagem mais compassiva, embora a superlotação dos hospitais muitas vezes tenha levado à deterioração dos cuidados. No final do século XIX, o movimento de higiene mental ganhou força, impulsionado por avanços como a teoria dos germes. O debate entre causas físicas e psicológicas persistiu, com Freud e Breuer a defenderem explicações psicogénicas, principalmente para a histeria (Farreras, 2013).

Em meados do século XX, os medicamentos psicotrópicos tornaram-se o tratamento principal, substituindo métodos mais invasivos. O modelo atual, biopsicossocial, integra fatores biológicos, psicológicos e sociais. O diagnóstico moderno das doenças mentais começou com Emil Kraepelin, em 1883, e foi consolidado com a publicação do primeiro DSM em 1952 (Farreras, 2013).

As perturbações mentais são reconhecidas e definidas pelos profissionais de saúde e pela sociedade dentro de normas e valores socioculturais. A cultura influencia como os sintomas, comportamentos e critérios de gravidade são experienciados e expressos, impactando o diagnóstico (APA, 2023).

Fatores como etnia e a raça de um indivíduo influenciam a sua posição na sociedade que, por sua vez, afeta a exposição a fatores sociais que podem impactar a sua saúde mental (APA, 2023). As características individuais são marcadores de discriminação associados ao surgimento precoce de perturbações de humor, ansiedade, desenvolvimento e uso de substâncias. Fatores económicos, de vizinhança, eventos ambientais, fatores sociais e fatores estruturais, como o racismo sistémico, também estão associados ao desenvolvimento de perturbações na infância (Moitra et al., 2023).

A partir de 2020, a equidade em saúde mental e os fatores estruturais e políticos que afetam negativamente a saúde mental (discriminação, racismo e pobreza), ganharam

prioridade, devido ao fortalecimento dos movimentos de justiça social (Moitra et al., 2023).

1.3. Deficiência Intelectual

A deficiência é um conceito amplo e em evolução que se refere à condição de vida de pessoas que, por resultado da interação entre as suas limitações funcionais (temporárias ou permanentes de natureza física, intelectual, sensorial ou múltipla) e as barreiras físicas e sociais existentes em diferentes contextos, vivem com a sua participação na sociedade condicionada. As limitações enfrentadas podem afetar o funcionamento do corpo, dos sentidos ou a capacidade de expressão, variando conforme as barreiras existentes e o acesso a diferentes formas de assistência (OPP, 2023).

Ao longo da história, a condição atualmente conhecida como "deficiência intelectual" foi designada por diversos termos pejorativos, como "atraso mental", "idiota", "imbecil" e "débil mental" (Tassé & Mehling, 2017). Em 1933, a Associação hoje conhecida como Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvidamental (AAIDD), adotou um novo termo: “deficiência mental”. Essa mudança foi acompanhada pela primeira edição do *DSM*, em 1952, que também utilizou o termo. No entanto, o termo "deficiência mental" começou a perder popularidade, sendo gradualmente substituído por "retardo mental" (Tassé & Mehling, 2017).

O termo "atraso mental" foi amplamente utilizado nos Estados Unidos da América (EUA) por mais de 50 anos, tendo sido formalmente adotado pela *American Association for Mental Deficiency* (atualmente AAIDD) na 5ª edição do seu manual de terminologia e classificação, publicado em 1959. Nesse manual, foram estabelecidos três critérios diagnósticos para o “atraso mental”: (1) funcionamento intelectual abaixo da média; (2) deficiência no comportamento adaptativo; e (3) início durante o período de desenvolvimento. Na 2ª edição do *DSM*, em 1968, o termo “atraso mental” também foi adotado. Contudo, com o tempo, também o termo "atraso mental" passou a ser visto como ofensivo, quando o seu uso se tornou uma forma de insulto social, deixando de ser um rótulo meramente clínico (Tassé & Mehling, 2017).

O movimento “End the Word” surgiu nos EUA com o objetivo de sensibilizar o público sobre a natureza pejorativa de termos como “retardado” e “atrasado mental”. Liderado pelas organizações *Special Olympics* e *Best Buddies*, com apoio de várias entidades, o movimento visou eliminar o uso da palavra "retardado" em qualquer contexto, pois, apesar de ter sido uma terminologia profissional no passado, transformou-

se num insulto para descrever pessoas com limitações intelectuais (Tassé & Mehling, 2017).

A campanha "End the Word" incentivava as pessoas a intervir e educar outros sobre o impacto negativo dessas palavras. Começando como "End the 'R' Word", a campanha evoluiu para "Spread the Word to End the Word", e ganhou destaque ao repreender figuras públicas, que foram forçadas a desculpar-se por usar o termo pejorativo. Em 2007, o termo “deficiência intelectual” foi amplamente aceite, após debates e reuniões, pelo que a AAIDD alterou oficialmente o seu nome (Tassé & Mehling, 2017). Na mais recente revisão do DSM, também foi adotado o termo “deficiência intelectual”, substituindo o termo “atraso mental”. Com isso, ambos os manuais, da AAIDD e do DSM-5, agora utilizam a mesma terminologia e critérios diagnósticos (Tassé & Mehling, 2017).

A deficiência intelectual (DI) é caracterizada por défices significativos no funcionamento cognitivo (QI de 70 ou menos) (Papalia & Feldman, 2013) e no comportamento adaptativo (Werner & Abergel, 2018), o qual influencia a independência, a responsabilidade social e a realização de atividades diárias. O comportamento adaptativo pode ser dividido em três domínios: conceptual, que engloba habilidades como memória, resolução de problemas (Prinstein et al., 2021) e comunicação (Tassé, 2017); social, que engloba habilidades nas relações interpessoais, julgamento social (Prinstein et al., 2021), seguimento de regras, autoestima, credulidade e ingenuidade (Tassé, 2017); e prático (cuidados pessoais e gestão financeira). Para o diagnóstico de DI, é necessário um comprometimento significativo em pelo menos um desses domínios (Prinstein et al., 2021), surgindo antes dos 18 anos (Papalia & Feldman, 2013).

Esses défices afetam várias capacidades, incluindo raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizagem académica e pela experiência (APA, 2014), as quais resultam numa grande limitação no que respeita à comunicação, às competências de vida diária, à independência pessoal, à responsabilidade social e ao desempenho académico ou profissional (APA, 2014; OPP, 2023). Essas limitações podem impactar a sua vida familiar, escolar e profissional. Presentes desde o nascimento, essas limitações variam em gravidade, podendo ser leves ou profundas, e exigem diferentes níveis de apoio e adaptação de recursos para a tomada de decisões, a comunicação e a realização de tarefas diárias (OPP, 2023). Os sintomas e sinais clínicos da DI são geralmente reconhecidos pela primeira vez durante a infância,

sendo que algumas crianças com nível ligeiro podem não ser reconhecidas até aos 5-9 anos de idade (Patel et al., 2020).

Segundo o DSM-V (APA, 2014), para haver o diagnóstico desta perturbação, existem três critérios que precisam de estar presentes:

A) Défices intelectuais: “Envolvem dificuldades em áreas como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizagem académica e aprendizagem por experiência” (APA, 2014, p. 33);

B) Défices adaptativos: “Refletem dificuldades em alcançar padrões de independência e responsabilidade social adequados ao desenvolvimento e contexto sociocultural. Esses défices impactam a capacidade de funcionar em áreas como comunicação, participação social e vida independente e em diferentes ambientes, como a casa, escola, trabalho e comunidade. Sem apoio contínuo, a pessoa pode ter dificuldades em realizar essas atividades” (APA, 2014, p. 33);

C) Início durante o período de desenvolvimento: “Os défices intelectuais e adaptativos devem se manifestar antes do final do desenvolvimento” (APA, 2014, p. 33);

Adicionalmente, o termo "deficiência intelectual" é equivalente ao diagnóstico de "perturbação do desenvolvimento intelectual" da CID-11 (APA, 2014). Em 2010, foi promulgada a Lei Rose, substituindo os termos “retardo mental” por “deficiência intelectual” (APA, 2014; Tassé & Mehling, 2017).

A perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) atinge cerca de 1% da população (Lima, 2015) e a gravidade da deficiência intelectual é classificada nos seguintes níveis: ligeira, moderada, grave e profunda. Os vários níveis de gravidade são definidos com base no funcionamento adaptativo (APA, 2014). A deficiência intelectual ligeira inclui aproximadamente, 85% das pessoas desta população, a deficiência intelectual moderada, inclui cerca de 10%, a deficiência intelectual grave, inclui 3% a 4% de pessoas e uma parte muito pequena, representa pessoas com deficiência intelectual profunda (Patel et al., 2020; Saad & Eladl, 2019). O sexo masculino surge como o mais afetado nesta perturbação, tanto na forma ligeira, como na grave, explicado pela vulnerabilidade a lesões cerebrais, contexto cultural e fatores genéticos (Lima, 2015).

No que diz respeito à deficiência intelectual ligeira, um indivíduo na idade escolar ou adulta, apresenta dificuldades em aprender habilidades académicas como a leitura, a escrita, a matemática e na gestão do tempo e dinheiro, necessitando de apoio numa ou mais áreas para corresponder às expectativas da sua idade. Em adulto, há prejuízos ao nível do pensamento abstrato, das funções executivas e da memória de curto prazo. O uso

funcional de habilidades acadêmicas, como a leitura e o controle financeiro, também está comprometido (APA, 2014).

O indivíduo pode demonstrar imaturidade nas relações sociais, como comunicação e linguagem mais concretas e imaturas. Em situações sociais podem ser assinalados problemas na regulação emocional e comportamental. A compreensão do risco e o julgamento social tendem a ser imaturos, o que pode levar à manipulação por outros, devido à credulidade (APA, 2014).

Embora o indivíduo possa manter cuidados pessoais, requer apoio em tarefas complexas da vida diária, quando comparado com os seus pares. Na vida adulta, o suporte pode incluir compras, transporte, organização do lar, cuidados com os filhos, preparação de comida, entre outros. O juízo sobre o bem-estar e a organização das atividades recreativas pode necessitar de apoio. Em termos de emprego, o indivíduo pode desempenhar funções que não exijam habilidades conceptuais avançadas e geralmente precisa de assistência para tomar decisões sobre cuidados de saúde, decisões legais e aprender a desempenhar uma profissão de maneira competente (APA, 2014).

Na deficiência intelectual moderada verifica-se, durante todo o desenvolvimento do indivíduo, uma lentificação das capacidades ao nível da linguagem, da leitura, da escrita, da matemática, na compreensão do tempo e do dinheiro, ou seja, há limitações significativas, comparando com os pares. Em adultos, existe uma necessidade de assistência para tarefas conceptuais cotidianas (APA, 2014).

O indivíduo apresenta dificuldades no comportamento social e comunicação, utilizando uma linguagem simples. Pode formar laços e manter relacionamentos, mas tem problemas em interpretar sinais sociais corretamente. O julgamento social e a tomada de decisões são limitados, exigindo auxílio constante de cuidadores. Amizades com pessoas de desenvolvimento típico podem ser afetadas e há necessidade de grande apoio para ter sucesso no ambiente de trabalho (APA, 2014).

O indivíduo consegue realizar as suas necessidades básicas, como alimentação e higiene, mas pode precisar de bastante tempo e orientação para atingir independência. O mesmo se aplica às atividades recreativas e ao emprego, os quais necessitam de um suporte contínuo e aprendizagem prolongados (APA, 2014).

Um indivíduo com deficiência intelectual grave, apresenta um alcance extremamente limitado de habilidades conceptuais, necessitando de apoio significativo dos cuidadores para a resolução de problemas ao longo da vida (APA, 2014).

Existe uma grande limitação ao nível da linguagem, sendo esta reduzida a palavras ou expressões isoladas. A comunicação é centrada em eventos diários imediatos, mais voltada para interações sociais do que para explicações. O indivíduo entende discursos e sinais gestuais simples e encontra prazer e suporte nos relacionamentos mais íntimos (APA, 2014).

O indivíduo necessita de apoio contínuo para todas as atividades diárias, incluindo alimentação, vestuário, higiene e eliminação, e requer supervisão constante. Não é capaz de tomar decisões responsáveis relativas ao seu bem-estar e ao dos outros. Na vida adulta, o apoio e assistência contínuos são necessários em tarefas domésticas, atividades recreativas e profissionais. A aprendizagem de competências em todos os domínios exige ensino prolongado e suporte constante. Comportamentos mal adaptativos, como autolesão, podem ocorrer numa parte significativa dos indivíduos (APA, 2014).

No nível profundo da deficiência intelectual, o indivíduo apresenta grandes limitações em todos os domínios. As habilidades conceptuais são focadas no mundo físico, como o uso de objetos para autocuidado e recreação. No entanto, existe uma dificuldade no uso funcional dos objetos, devido a défices a nível motor e sensorial (APA, 2014).

A compreensão da comunicação simbólica é extremamente limitada. O indivíduo pode entender gestos simples e expressar desejos e emoções através da comunicação não verbal. São formados laços com familiares e cuidadores, mas a interação social pode sofrer limitações, devido à presença de défices sensoriais e físicos (APA, 2014).

A pessoa é dependente dos outros para todas as necessidades diárias, embora possa realizar algumas tarefas simples. Atividades recreativas e profissionais são possíveis, mas exigem apoio contínuo (APA, 2014).

Esta perturbação é uma condição complexa (APA, 2014; Lima, 2015) e heterogénea com múltiplas etiologias (APA, 2014): genéticas, educacionais, culturais, traumáticas, emocionais e socioeconómicas (Lima, 2015). Pode resultar de uma lesão adquirida durante o desenvolvimento como um traumatismo cranioencefálico grave, o qual pode suceder uma perturbação neurocognitiva (APA, 2014). Uma macrocefalia ou microcefalia, características dismórficas, múltiplas anomalias congénitas ou dificuldades de alimentação em recém-nascidos devem levantar a suspeita de uma possível deficiência intelectual associada (Patel et al., 2020). Contudo, a causa é desconhecida entre 30 a 50% dos casos. A prevenção inclui aconselhamento genético, cuidados pré-natais e suporte nutricional (Papalia & Feldman, 2013).

O avanço nos cuidados de saúde contribuiu para a redução da prevalência da PDI. Embora exames mais abrangentes durante a gravidez e no período neonatal, além de intervenções precoces, tenham ajudado a diminuir complicações de doenças como o hipotireoidismo, a fenilcetonúria e a Síndrome de Down, houve um aumento nos casos de PDI causados pela exposição a substâncias tóxicas durante a gravidez e pelas consequências da prematuridade (Lima, 2015).

Indivíduos com deficiência intelectual enfrentam desafios no julgamento social, avaliação de riscos, autocontrole de comportamentos, emoções ou relações interpessoais, além de dificuldades em contextos escolares e laborais devido à falta de motivação e habilidades comunicativas (APA, 2014).

A vulnerabilidade à credulidade (ingenuidade em situações sociais e uma tendência a ser facilmente influenciado por outros) destes indivíduos aumenta o risco de exposição a eventos adversos, como violência interpessoal e vitimização sexual, exploração, fraude, envolvimento não intencional em atividades criminais e falsas confissões (APA, 2014; Boamah et al., 2023). Além disso, a falta de competências comunicativas pode predispor a comportamentos disruptivos ou agressivos (APA, 2014).

A literatura existente sugere que uma pessoa com deficiência intelectual e de desenvolvimento que já sofreu traumas ou que enfrenta ameaças, reais ou percebidas, é mais propensa a manifestar emoções intensas e a comportar-se de forma desafiadora e reativa, como agressão verbal e física, incluindo bater, morder, gritar ou destruir propriedade (Boamah et al., 2023). Embora as mudanças na política e nos serviços prestados às pessoas com deficiência intelectual tenham levado a um aumento de sua integração física na sociedade, o estigma e a discriminação continuam a ser uma realidade cotidiana para essa população (Werner & Abergel, 2018).

1.4. Perturbação Depressiva

O humor pode ser definido como um estado emocional persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e molda a sua percepção do mundo ao seu redor (Sadock et al., 2017). As perturbações do humor são comuns e podem variar de instabilidade emocional, como rápidas oscilações entre extremos, até condições psiquiátricas mais graves, como é caso a perturbação depressiva (Sadock et al., 2017).

A depressão é uma perturbação de humor (APA, 2014; Dobrek & Głowacka, 2023; Rondón, 2018). É considerada uma das doenças mais importantes da civilização e

um importante problema de saúde pública, marcada por um sentimento persistente de tristeza (Dobrek & Głowacka, 2023).

Para reconhecer a depressão é preciso saber distingui-la da tristeza, a qual é considerada uma das emoções básicas e uma reação emocional natural, vivenciada por todos. Quando presente, a sua função é levar-nos a refletir sobre os nossos sentimentos, pensamentos e ações, incentivando-nos a procurar mudanças (Braga et al., 2024). No entanto, quando a tristeza se torna persistente e acompanhada de outros sintomas, pode indicar depressão, uma condição psiquiátrica mais grave (Braga et al., 2024), que prejudica o funcionamento interpessoal, social e profissional (Braga et al., 2024; Sadock et al., 2017; *World Health Organization* [WHO], 2017; Dobrek & Głowacka, 2023), podendo levar ao suicídio (WHO, 2017).

Esta perturbação de humor tem a tristeza como principal sintomatologia, que pode ser transitória ou permanente (Rondón, 2018) e pode manifestar-se com uma variedade de sintomas, tanto somáticos como psicológicos (Dobrek & Głowacka, 2023).

As perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou de prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, perturbações do sono ou do apetite, cansaço e dificuldade de concentração (Rondón, 2018; WHO, 2017). Além disso, os doentes com depressão podem sentir-se sobrecarregados, inquietos ou zangados e com falta de confiança (Dobrek & Głowacka, 2023).

Outros sinais e sintomas podem incluir ataques de pânico, deterioração do desempenho de várias funções psíquicas e cognitivas, tendência ao isolamento, apatia, abulia, desesperança, inibição motora, hipotonia e pensamentos negativos, incluindo possíveis delírios em casos mais graves (Rondón, 2018).

Os sintomas somáticos também assumem uma grande importância nos estados depressivos (Bastos et al., 2014) e incluem perturbações do sono, como insónias ou hipersónias, alterações do apetite ou do peso corporal, sensação de pouca energia ou adinamia, perda da libido, alterações do ciclo menstrual e obstipação (Bastos et al., 2014; Dobrek & Głowacka, 2023). Além disso, podem ocorrer alterações motoras, como lentificação dos movimentos e da fala, postura retraída, discurso monocórdico e pouco expressivo (Bastos et al., 2014).

A depressão também pode assumir uma forma atípica, manifestando-se por um aumento da reatividade do humor (isto é, o humor melhora em resposta a acontecimentos positivos) e um aumento do apetite; sono mais prolongado; paralisia de chumbo (isto é, sensação de peso e chumbo nos braços ou pernas); e sensibilidade à rejeição interpessoal

(não limitada a episódios de perturbação do humor), resultando em prejuízo social ou profissional significativo (Dobrek & Głowacka, 2023).

As perturbações depressivas dividem-se em duas subcategorias principais (WHO, 2017). A primeira é a perturbação depressiva major, caracterizada por sintomas como humor deprimido, perda de interesse, prazer reduzido e diminuição de energia. Dependendo da quantidade e intensidade dos sintomas, os episódios depressivos podem ser classificados como ligeiros, moderados ou graves. A segunda subcategoria é a distímia, uma forma crónica ou persistente de depressão ligeira. Embora os sintomas da distímia sejam semelhantes aos do episódio depressivo, tendem a ser menos intensos, mas duram por um período mais longo (WHO, 2017).

Para ser diagnosticada a perturbação depressiva major, é necessário atender aos seguintes critérios:

A) Pelo menos cinco ou mais sintomas, durante um período de duas semanas. Estes sintomas devem representar uma alteração significativa em relação ao seu funcionamento habitual. Entre os sinais apresentados, pelo menos um deve ser (1) humor depressivo ou (2) uma clara perda de interesse ou prazer em atividades antes apreciadas. Importante destacar que esses sintomas não podem ser resultado de uma condição médica específica, sendo os seguintes (APA, 2014):

1. Humor deprimido, que se manifesta na maior parte do dia e quase todos os dias, que inclui sentimentos de tristeza, vazio ou desesperança. No caso de crianças e adolescentes, o humor irritável também é considerado (APA, 2014);
2. Perda acentuada de interesse ou prazer em praticamente todas as atividades;
3. Mudanças no peso ou no apetite também podem ocorrer, seja por perda ou ganho significativo de peso, sem que a pessoa esteja a fazer dieta. Em crianças, é importante observar se há uma falha no ganho de peso esperado;
4. Problemas relacionados com o sono, como insónia ou hipersónia;
5. Alterações no comportamento psicomotor, com a pessoa ficando visivelmente agitada ou mais lenta;
6. Falta de energia ou fadiga persistente;
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada, que podem ser delirantes;
8. Capacidade de concentração e decisão reduzidas, quase todos os dias;
9. Pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida ou até planos específicos para o suicídio.

B) Os sintomas causam um impacto significativo no bem-estar da pessoa, prejudicando áreas importantes da vida, como a social ou profissional (APA, 2014).

C) O episódio depressivo não pode ser explicado pelos efeitos de uma substância, como drogas ou medicamentos, nem por outra condição médica (APA, 2014).

Importa salientar que, os sintomas também não devem ser confundidos com respostas normais a perdas significativas, como o luto, situações em que sentimentos como tristeza, insônia ou perda de apetite podem surgir naturalmente. É necessário, no entanto, um cuidado clínico para distinguir uma resposta normal de um episódio depressivo maior (APA, 2014).

D) O episódio depressivo não deve ser melhor explicado por perturbações psicóticas, como a esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação esquizofreniforme, entre outros (APA, 2014).

E) Nunca houve episódios maníacos ou hipomaníacos, a menos que esses tenham sido causados por substâncias ou condições médicas (APA, 2014).

O estudo epidemiológico nacional na área da saúde mental tem uma estimativa de prevalência de 22.9% para as perturbações psiquiátricas, entre as quais 7.9% de perturbações depressivas (Peixoto et al., 2018). Estima-se que a depressão afete, aproximadamente, 280 milhões de pessoas no mundo. A depressão é cerca de 50% mais comum nas mulheres do que nos homens. Mundialmente, mais de 10% das mulheres grávidas e das mulheres que acabaram de dar à luz sofrem de depressão (WHO, 2023).

Embora a depressão seja um problema comum de saúde mental na população idosa, ela não é diagnosticada em cerca de 50% dos casos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência global desta perturbação em adultos mais velhos varia entre 10% e 20% (Zenebe et al., 2021).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM, s.d, consultado em agosto de 2024), a depressão afeta 20% da população portuguesa, sendo que uma em cada quatro pessoas no mundo teve, tem ou vai ter depressão. Cerca de metade das pessoas não voltam a ter nenhum episódio de depressão, caso tenham tido um episódio do qual recuperaram. No entanto, após três episódios e sem tratamento, existe uma reincidência aproximada de 100%.

Existem diversos fatores de risco para a manifestação da depressão, como alterações em neurotransmissores, fatores genéticos, traços de personalidade e fatores ambientais. Evidenciam-se ainda traumas, abusos durante a infância e stresse durante a idade adulta, que podem aumentar o risco para o surgimento desta perturbação. Contudo,

é importante referir que, os mesmos fatores podem desencadear depressão ou não, em diferentes pessoas. Os fatores ambientais desempenham também um papel importante, pois a resiliência pode ser fortalecida através de um bom ambiente familiar e relações sociais saudáveis (SPPSM, s.d, consultado em agosto de 2024).

Segundo Meleiro (2018), o quadro depressivo pode resultar de uma doença subjacente e enfatiza que muitas doenças, como Parkinson, demências (incluindo Alzheimer), epilepsia, tumores e doenças cerebrovasculares podem estar associadas a quadros de depressão. Além disso, pacientes com depressão podem manifestar sintomas somáticos como queixa principal. A avaliação médica é crucial para o diagnóstico e tratamento adequados.

Diversas teorias foram desenvolvidas para explicar a fisiopatologia da depressão, sendo a mais amplamente aceite a que relaciona a redução dos níveis de dopamina, serotonina e noradrenalina ao surgimento da doença (Costa, 2017). Essa linha de pensamento é fundamentada na hipótese monoaminérgica, que atribui a depressão a uma deficiência desses neurotransmissores, conhecidos como monoaminas, no cérebro. Segundo essa hipótese, a disfunção na neurotransmissão em vários circuitos cerebrais resulta numa menor atividade das monoaminas, contribuindo para o aparecimento dos sintomas depressivos (Stahl, 2014).

A serotonina tem um papel central na regulação de diversas funções somáticas e comportamentais. Ela controla ritmos circadianos, facilita a comunicação cérebro-intestino, modula a dor e está envolvida nas respostas emocionais do hipocampo. A sua redução provoca perturbações do sono, dificuldades no processamento emocional e humor deprimido (Turner, 2024).

A noradrenalina regula a atenção, cognição e memória de trabalho em situações normais, mas durante o stresse crónico, a sua produção excessiva no eixo HPA (eixo hipotálamo-hipófise-adrenal) prejudica o funcionamento do córtex pré-frontal dorsolateral, resultando em dificuldades de atenção, retardo psicomotor, diminuição de energia e humor deprimido (Turner, 2024).

A dopamina atua nos caminhos mesocortical, mesolímbico e nigroestriatal (Turner, 2024) e é crucial para regular o comportamento, incluindo funções motoras, motivação, emoção, cognição e função executiva. Além disso, é importante para a aprendizagem espacial e aversiva, essenciais no condicionamento de medo contextual (Stubbendorff & Stevenson, 2020). A redução da dopamina está ligada a dificuldades de

atenção, memória de curto prazo, fadiga física e anedonia (perda de prazer) (Turner, 2024).

O tratamento com antidepressivos, que bloqueiam os transportadores das monoaminas acima referidas, resulta num aumento dos seus níveis em certas regiões do cérebro, levando à melhoria da depressão. Assim, ao elevar a quantidade de monoaminas disponíveis para a comunicação entre as células nervosas, os antidepressivos ajudam a aliviar os sintomas da depressão (Stahl, 2014).

No entanto, há uma questão importante: embora os antidepressivos aumentem os níveis de monoaminas rapidamente, a melhora dos sintomas costuma surgir apenas após várias semanas de tratamento. Isso sugere que a simples elevação dos neurotransmissores não é suficiente por si só para provocar a resposta terapêutica imediata, e que outras mudanças adaptativas no cérebro, como a dessensibilização dos recetores de neurotransmissores, também são necessárias para os efeitos clínicos dos antidepressivos (Stahl, 2014).

Os primeiros antidepressivos descritos datam o ano de 1957, com o aparecimento do fármaco Iminodibenzil, atualmente conhecido como Imipramina e comercializado como Tofranil®. Foi assim que surgiu a classe de antidepressivos mais antiga: antidepressivos tricíclicos (Fonseca, 2021), que inibem a recaptação de serotonina e noradrenalina nas sinapses (Motta et al., 2024).

Porém, em 1951, tinha já surgido um medicamento para o tratamento da Tuberculose (Iproniazida) que, mais tarde se constatou através de estudos elaborados, que este detinha propriedades capazes de inibir a enzima MAO (Monoamina Oxidase), uma vez que inativava a adrenalina e a noradrenalina e estimulava as sinapses. Foram apresentadas evidências de que este fármaco era muito eficaz na inibição da MAO em pacientes psiquiátricos, dado que mais de metade dos pacientes deprimidos responderam de forma positiva à Iproniazida. Deste modo, foi criada a classe de Antidepressivos Inibidores de Monoaminoxidase, também conhecidos como IMAOs, ou clássicos (Fonseca, 2021).

Na década de 1960, foram publicadas as primeiras pesquisas com substâncias psicoativas inibidoras seletivas da recaptação. A primeira publicação sobre inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) foi em 1974, publicada nos Estados Unidos, ocasião em que anunciaram a fluoxetina (Prozac®) como a primeira ISRS. Assim, foi considerada a molécula prototípica desta família de antidepressivos e mais tarde tornou-se no antidepressivo mais prescrito do mundo. Porém, este grupo de medicamentos como

recurso terapêutico só 20 anos mais tarde, no final da década de 1980, ficou disponível (Fonseca, 2021).

Outros antidepressivos, como os Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSNs), que têm como fármacos a Venlafaxina, a Duloxetina e a Desvenlafaxina e os Antidepressivos tetracíclicos que têm a Mirtazapina, como fármaco, são exemplos que também podem ser utilizados no tratamento (Motta et al., 2024).

Os antipsicóticos atípicos ajudam no tratamento da depressão porque regulam os níveis de serotonina e dopamina. Podem ser usados juntamente com antidepressivos para melhorar os resultados. Alguns exemplos de antipsicóticos atípicos usados nesse contexto são o Aripiprazol, a Quetiapina, a Alanzapina, a Lurasidona e o Brexpiprazol. Um estudo com o uso desses medicamentos, demonstrou que o Aripiprazol e a Quetiapina têm mais evidências de eficácia (Motta et al., 2024).

A abordagem moderna no tratamento da depressão major foca em combater os sintomas específicos através de mecanismos farmacológicos direcionados a circuitos cerebrais. Isso significa que os mesmos tratamentos podem ser aplicados para sintomas semelhantes em diferentes perturbações psiquiátricas (Stahl, 2014).

Sintomas frequentemente associados à depressão, como sonolência/hipersônia, disfunção cognitiva e sintomas físicos dolorosos, podem ser tratados com medicamentos que estimulam os neurotransmissores dopamina, noradrenalina e histamina. A disfunção sexual, outro sintoma comum, é abordada aumentando a dopamina ou reduzindo a serotonina. Portanto, a escolha de antidepressivos e a combinação de tratamentos visam a eliminação de todos os sintomas, não apenas os diagnósticos, com o objetivo final de alcançar uma remissão completa e duradoura (Stahl, 2014).

A investigação aponta para os benefícios do tratamento combinado de fármacos e psicoterapia. Estudos realizados comprovam uma maior eficácia desta combinação em detrimento do tratamento individual (ou fármacos ou psicoterapia). Os fármacos apresentam resultados a curto prazo, mas quando administrados de forma crônica dependem da alteração seletiva da plasticidade do Sistema Nervoso Central. De igual forma, pessoas que realizam psicoterapia apresentam uma neuromodulação dos sistemas neurais que se relacionam com a memória e a aprendizagem. A investigação aponta para uma sinergia e eficácia nos tratamentos combinados. Estudos recentes parecem confirmar os efeitos neurobiológicos das psicoterapias com repercussão cerebral, no entanto, os resultados apresentados não são conclusivos (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A terapia eletroconvulsiva (ECT) é frequentemente utilizada em casos onde dois ou mais antidepressivos não surtiram efeito. Além disso, é considerada um tratamento de primeira linha em situações que exigem melhora rápida, em pacientes com risco elevado de suicídio, catatonia ou psicose grave acompanhada de agitação (Subha et al., 2022).

Desde a década de 1940, a eletroconvulsivoterapia (ECT) é considerada um dos métodos mais eficazes no tratamento de perturbações do humor (Hemphill & Walter, 1941; Kalinowsky, 1946). As principais indicações para a administração de ECT incluem a depressão unipolar e bipolar (Tsai et al., 2021).

A ECT envolve a aplicação de uma estimulação elétrica no cérebro para induzir uma convulsão (Tsai et al., 2021), enquanto o paciente está sob o efeito de anestesia (*American Psychiatric Association*, 2023).

1.5. Perturbação de Ansiedade

A ansiedade é uma resposta natural e adaptativa que serve como um alerta para possíveis ameaças (Sadock et al., 2017) e permite que o indivíduo tome medidas para sobreviver ou se adaptar a essas mesmas ameaças ou circunstâncias desconhecidas (Frota et al., 2022), tentando evitá-las ou minimizá-las. As ameaças sentidas são acompanhadas por um aumento da atividade somática e autonômica, a qual é regulada pela interação dos sistemas nervosos simpático e parassimpático (Sadock et al., 2017).

A 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um manual com descrições detalhadas e orientações diagnósticas para diversas condições de saúde, incluindo perturbações mentais, promovendo uma visão ampla da saúde global (Oliveira & Trentini, 2023).

Segundo Frota et al. (2022), a ansiedade é definida no CID-11 como um estado de apreensão ou antecipação de perigos ou eventos futuros desfavoráveis, acompanhado por um sentimento de preocupação, desconforto ou sintomas somáticos de tensão. Contudo, quando resulta num sofrimento ou prejuízo funcional significativos, considera-se ansiedade patológica.

As perturbações de ansiedade são as perturbações psiquiátricas mais prevalentes (Meleiro, 2018; Robinson et al., 2019), sendo a perturbação de ansiedade generalizada (PAG) e a perturbação de pânico (PD) as mais comuns nos adultos. Existe uma maior probabilidade de outros problemas médicos crônicos, bem como sintomas somáticos, nos doentes com perturbações de ansiedade (DeGeorge et al., 2022).

As perturbações de ansiedade surgem cedo na vida e são um dos primeiros tipos de perturbações a surgir, mas variam em termos de início. A perturbação de ansiedade de separação e as fobias específicas começam, geralmente, antes dos 10 anos. A ansiedade social costuma aparecer no início da adolescência, enquanto a perturbação de ansiedade generalizada tem início mais incerto, variando entre a adolescência e a idade adulta. Já a perturbação de pânico tem início, em média, no começo da vida adulta (Rapee et al., 2023).

A perturbação de ansiedade generalizada é caracterizada por ansiedade e preocupações persistentes e excessivas (APA, 2014; Frota et al., 2022; Sadock et al., 2017) com muitas questões da vida diária (Frota et al., 2022), acompanhadas por tensão muscular, inquietação motora (APA, 2014; Frota et al., 2022; Sadock et al., 2017), dificuldade de concentração, irritabilidade, perturbação do sono (APA, 2014; Frota et al., 2022), fadiga (APA, 2014), sudorese, náuseas, diarreia, cefaleia e respostas exageradas de sobressalto a estímulos geralmente inócuos, como o barulho (Frota et al., 2022).

A ansiedade, por ser desproporcional, interfere significativamente no funcionamento psicossocial da pessoa (APA, 2014), ocorrendo na maioria dos dias por um período mínimo de seis meses (Sadock et al., 2017). As preocupações associadas à perturbação de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e ocorrem, de forma frequente, sem precipitantes (APA, 2014).

Para se diagnosticar a perturbação de ansiedade generalizada são precisos os seguintes critérios (APA, 2014):

A) Preocupação e ansiedade excessivas (ansiosa expectativa) relacionadas a várias situações ou atividades, como estudos ou trabalho, que ocorrem na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses;

B) A preocupação é difícil de controlar;

C) A ansiedade e a preocupação estão relacionadas a três ou mais dos seis sintomas listados abaixo, ocorrendo na maioria dos dias durante os últimos seis meses em adultos. Já para as crianças, apenas um desses sintomas é suficiente (APA, 2014, p. 222):

1. “Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele”;
2. “Fatigabilidade”;
3. “Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente”;
4. “Irritabilidade”;
5. “Tensão muscular”;
6. “Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono

insatisfatório e inquieto)”;

D) Existe um sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou outras áreas, devido à ansiedade e aos sintomas físicos;

E) A perturbação não é causada pelos efeitos fisiológicos de drogas ou medicamentos ou por outra condição médica;

F) “A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de stresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante)” (APA, 2014, p. 223).

A maioria das perturbações de ansiedade tem início na adolescência ou no início da idade adulta (Narmandakh et al., 2021), sendo que a sua prevalência é significativamente maior em mulheres do que em homens (APA, 2014; Farhane-Medina et al., 2022), diferença que também se manifesta durante a infância e adolescência (Farhane-Medina et al., 2022).

Na adolescência, as causas da ansiedade são multifatoriais e podem estar ligadas a um status socioeconómico baixo e problemas de internalização dos pais. Fatores genéticos e sociais contribuem, assim como experiências adversas precoces, como perda, divórcio ou abuso, que podem afetar o desenvolvimento cerebral e aumentar o risco de perturbações mentais, como a ansiedade (Narmandakh et al., 2021).

A feminilidade, acompanhada de baixa autoestima, favorece o desenvolvimento de ansiedade. Estudos que examinaram a relação entre ansiedade e género com base em fatores psicológicos mostraram que a ruminação, o neuroticismo, a inibição comportamental, a preocupação, a sensibilidade à ansiedade, o trauma e a baixa autoestima se correlacionaram positivamente com a ansiedade, sendo todas as variáveis típicas do estereótipo feminino (Farhane-Medina et al., 2022).

O GABA é o principal neurotransmissor com função inibitória no cérebro, diminuindo a atividade de muitos neurónios e participa, aproximadamente, entre 30 e 40% das sinapses no sistema nervoso central. Além disso, o GABA está diretamente

relacionado à ansiedade, devido à neurotransmissão excitatória mediada pela noradrenalina e a serotonina, surge como indicador fisiológico importante desse estado (Costa, 2017).

A ansiedade surge quando há uma ativação excessiva de certas regiões do sistema nervoso central. Portanto, o tratamento procura justamente o oposto: reduzir essa ativação. Todos os medicamentos utilizados têm como finalidade diminuir a atividade em áreas específicas ou até mesmo em todo o sistema nervoso central (Costa, 2017).

Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e os Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina (IRSN) são os medicamentos de primeira linha para o tratamento de perturbações de ansiedade, como a perturbação de ansiedade generalizada (PAG). Esses medicamentos, como Escitalopram, Sertralina (ISRS) e Duloxetina, Venlafaxina (IRSN), têm mostrado eficácia em regular os níveis de serotonina e noradrenalina, neurotransmissores envolvidos no controle do humor e da ansiedade (Lopes et al., 2021).

Além deles, antidepressivos tricíclicos, como a Pregabalina, a Moclobemida e a Bupiriona podem ser usados como alternativas. Embora benzodiazepínicos possam ser usados em alguns casos, eles não são recomendados para uso contínuo devido ao risco de dependência. Já os antipsicóticos podem ser usados para casos mais graves ou resistentes. Essa abordagem farmacológica pretende regular o sistema serotoninérgico, central para o tratamento de diversas perturbações psiquiátricas (Lopes et al., 2021).

1.6. Abordagem Centrada na Pessoa

“Somos personalidades que crescem e se desenvolvem como resultado de todas as nossas experiências, relacionamentos, pensamentos e emoções” (Axline, 1973, p. 195).

A “Abordagem Centrada na Pessoa apareceu como a expressão da filosofia subjacente à Terapia Centrada no Cliente e com a possibilidade de aplicação em todos os domínios do relacional” (Hipólito, 2011, p. 37). Assim, foi a abordagem que inspirou as intervenções terapêuticas desenvolvidas ao longo do estágio.

A ideia central da Abordagem Centrada na Pessoa pode ser resumida da seguinte forma: cada indivíduo tem dentro de si um vasto potencial para se compreender, modificar o seu autoconceito, ajustar as suas atitudes e orientar o seu próprio comportamento (Kirschenbaum, 1989; Santos et al., 1987). No entanto, é necessário que exista um ambiente caracterizado por atitudes psicológicas que favoreçam esse processo (Santos et al., 1987). Assim, a Abordagem Centrada na Pessoa baseia-se na tendência para a

atualização presente em todos os organismos, a qual surge de forma natural, de modo que o organismo consiga crescer, evoluir e atingir o seu potencial (Kirschenbaum, 1989). No caso dos humanos, falamos de tendência atualizante.

Denominada por Carl Rogers, a tendência atualizante é uma capacidade inerente ao organismo, que permite o desenvolvimento das suas potencialidades, promovendo a sua conservação e o seu enriquecimento (Rogers & Wallen, 1946), impulsionando a procura de crescimento, maturidade e realização (Rogers, 1997).

Desde o início da formação do ser humano, essa tendência manifesta-se, à medida que uma única célula se desenvolve e se complexifica, resultando na formação de um organismo humano em constante crescimento. Esta tendência opera continuamente ao longo da vida, impulsionando o desenvolvimento de todas as capacidades da pessoa de maneiras que promovam a sua sobrevivência e crescimento (Hipólito, 2011).

Assim como o desenvolvimento físico depende de condições favoráveis, o desenvolvimento e a maturidade também, os quais podem ser promovidos com a psicoterapia. Através desse processo de facilitação, promove-se o crescimento pessoal do indivíduo, ajudando-o a superar barreiras e alcançar o seu pleno potencial psicológico (Rogers, 1997).

Em termos terapêuticos, o princípio central da Abordagem Centrada na Pessoa é que a verdadeira autoridade da pessoa está nela própria, em vez de estar em qualquer especialista externo. Este princípio privilegia a perspectiva interna do cliente, em vez da perspectiva externa do profissional. Os clientes são reconhecidos como indivíduos que seguem o seu próprio caminho, com liberdade para progredir ao seu ritmo e desenvolver o seu crescimento de forma única (Bozarth, 1998). Desta forma, a Abordagem Centrada na Pessoa permite entender o discurso do cliente sem distorcê-lo com as nossas próprias interpretações. Se o profissional atua como facilitador da mudança, o cliente continua a ser o centro das escolhas, decisões e avaliações (Hipólito, 2011). Neste sentido, o psicólogo atua como facilitador, criando condições externas favoráveis para que a tendência à autorrealização possa manifestar-se livremente (Rogers & Rosenberg, 1977).

O ponto central da Abordagem é um foco nas atitudes, como a compreensão empática, a aceitação do cliente, a congruência do profissional, a confiança nas capacidades do cliente (como a auto-atualização das suas potencialidades e a auto-organização) e valorização das potencialidades terapêuticas da relação (Hipólito, 2011).

O profissional deve demonstrar congruência, ou seja, ser genuíno, autêntico e integrado dentro dos limites da relação terapêutica (Rogers, 1957). Quanto mais o

profissional se apresenta de forma verdadeira, sem adotar uma postura artificial ou uma máscara, mantendo a sua experiência real em harmonia com a sua consciência de si mesmo, maior será a chance de uma aprendizagem significativa por parte do cliente (Rogers, 1957; Rogers, 1997; Santos et al., 1987). Nesse sentido, o profissional expressa abertamente os sentimentos e atitudes que emergem dentro de si, havendo uma coerência entre o que sente num nível profundo, o que tem consciência e o que comunica ao cliente (Santos et al., 1987).

A consideração positiva incondicional refere-se à ausência de quaisquer condições para a aceitação, sendo que o indivíduo não tem de ser apreciado apenas se for de determinada forma (Rogers, 1957). Logo, é uma aceitação que envolve considerar o indivíduo como uma pessoa de valor incondicional, independente das suas condições, comportamentos ou sentimentos (Rogers, 1997). Esta atitude parte do pressuposto que o cliente possa experimentar livremente qualquer emoção sem receio de ser rejeitado (Santos et al., 1987). Quando o terapeuta valoriza o cliente de forma integral e genuína, sem impor condições ou julgamentos, cria-se um ambiente acolhedor que favorece o desenvolvimento e a transformação do cliente, promovendo o progresso terapêutico (Santos et al., 1987).

O profissional deve experimentar uma compreensão aguda e empática do mundo do paciente, como se fosse visto do interior. Sentir os sentimentos do paciente como se fossem seus e não se deixar afetar, é outra condição (Rogers, 1997). Empatia significa conseguir perceber o mundo privado do cliente como se fosse o seu próprio, mas sem nunca perder a qualidade de “como se” (Rogers, 1957), ou seja, sentir a raiva, o medo ou a confusão do cliente como se fossem seus, mas sem deixar que os sentimentos sejam misturados com os do cliente (Rogers, 1957, 1997).

Quando estas condições facilitadoras estão presentes, ocorrem mudanças na personalidade e no comportamento (Kirschenbaum, 1989). Este foco traduz-se, na relação terapêutica, numa atitude não diretiva por parte do profissional, permitindo que o cliente tome as suas próprias decisões em relação ao seu próprio projeto de vida (Nunes, 1994). Cabe apenas ao psicólogo criar as condições para que, através da relação, o indivíduo possa reorganizar-se e reencontrar a sua própria direção (Rogers, 1946).

A abordagem centrada na pessoa manifesta-se através de atitudes e comportamentos que favorecem o crescimento, fortalecendo o indivíduo e, quando esse poder pessoal é reconhecido, o mesmo tende a ser utilizado para a transformação tanto individual, quanto social (Santos et al., 1987).

1.7. Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrada na Pessoa

Como referido, todos os seres vivos têm uma tendência natural para se desenvolverem e complexificarem. A autoatualização é inata, sendo que as experiências e aprendizagens ao longo da vida podem ajudar ou prejudicar neste processo. O *self* vai-se alterando consoante as experiências e faz parte da tendência geral da atualização do organismo (Pires et al., 2017).

Segundo Carl Rogers, a tendência atualizante manifesta-se desde o início da vida do ser humano onde, a partir de uma única célula, ocorre um processo de desenvolvimento que leva à formação de uma pessoa. Como parte do universo, o ser humano possui habilidades únicas para acumular, processar e transmitir informações de maneira criativa. Rogers observa que, ao longo do tempo, há um movimento evolutivo em direção à maior complexidade, similar à autorrealização descrita por Maslow, que representa o crescimento saudável e a procura por atingir o pleno potencial ao longo do desenvolvimento psicoafetivo (Hipólito, 2011).

O processo de desenvolvimento, segundo Rogers, começa com a célula inicial, que já contém a tendência atualizante e todas as informações genéticas necessárias para o pleno desenvolvimento do organismo. No entanto, a realização dessas potencialidades depende de condições biológicas e psicológicas ideais. Traumas, como doenças maternas, problemas genéticos ou a falta de preparação emocional da mãe, podem prejudicar o desenvolvimento do embrião e limitar as suas capacidades. Apesar dessas vulnerabilidades, o embrião desenvolve-se de forma autónoma, regulado internamente até o nascimento. Ainda assim, a vulnerabilidade a traumas persiste até ao nascimento e pode impactar o processo de atualização das potencialidades. Contudo, o embrião continua a sua trajetória de complexificação, operando sob um locus de controlo interno, o que lhe permite avançar em direção à hipercomplexidade (Hipólito, 2011).

Após o nascimento, o processo de hipercomplexificação continua. O bebé começa a perceber as "fronteiras" do seu self orgânico, ou seja, vai tomando consciência da sua separação em relação ao mundo externo. Nesse estágio, existe uma interação plena entre o bebé e tudo o que ele vivencia, simbolizando as suas experiências de maneira integrada e inseparável (Hipólito, 2011).

Por volta dos 8 meses, além de perceber os limites do próprio self, o bebé também começa a reconhecer o outro significativo (geralmente a mãe) como uma pessoa separada e importante. É nesse momento que surgem as chamadas "condições de valor", onde o

bebê toma consciência da necessidade de amor e aceitação do cuidador primário (Hipólito, 2011).

Para manter o amor da mãe, o bebê aprende a ajustar as suas percepções e comportamentos de acordo com as expectativas da mãe. Ou seja, se as suas necessidades ou sentimentos não são compatíveis com as expectativas da mãe, ele altera a sua experiência para se alinhar às "condições de valor" impostas, tentando, assim, preservar a aceitação materna. Essa adaptação pode levar a uma dissociação entre o que a criança realmente sente e como representa as suas experiências (Hipólito, 2011).

Essa dissociação impõe à criança um campo de percepção restrito, no qual algumas experiências são excluídas ou distorcidas para alinhar-se às expectativas externas. Essa tensão interna pode resultar em conflitos significativos, manifestando-se em sintomas que refletem o melhor equilíbrio possível que o organismo encontrou para funcionar. É fundamental entender que esses sintomas não são meros problemas a serem eliminados, mas sim adaptações do organismo às circunstâncias desafiadoras que ele enfrenta (Hipólito, 2011).

Esse movimento de dissociação provoca vários conflitos internos: entre o locus de controlo interno (como a criança sente as suas experiências) e o locus de controlo externo (decisões influenciadas pelo Outro); entre o Self organísmico (experiências reais da criança), o Self real (como ela se percebe) e o Self ideal (como ela deveria ser para ser aceite); e entre cognição e emoção, que deixam de estar integradas numa única percepção (Hipólito, 2011).

Sempre que ocorre uma dissociação, gera-se uma tensão entre os polos envolvidos. Se o organismo não consegue equilibrar essa tensão, surgem sintomas, os quais representam o melhor equilíbrio possível para o organismo continuar a funcionar, tendo um carácter adaptativo (Hipólito, 2011).

A dissociação afeta várias esferas do funcionamento da criança. No caso do Self, quanto maior a dissociação entre o Self percebido (como a criança se sente) e o Self desejado (como ela sente que deveria ser), menor será a sua autoestima. Quando a dissociação ocorre entre cognição e emoção, podem surgir sintomas como a alexitimia, onde a pessoa não consegue perceber ou expressar adequadamente as suas emoções (Hipólito, 2011).

O desenvolvimento da criança avança e, por volta de um ano e meio, ela começa a ter uma percepção distinta entre o "eu" e o "me" (deixando de se referir a si mesma na terceira pessoa). Entre os quatro e oito anos, a criança adquire a capacidade de discriminar

entre o real e o imaginário, algo que antes não era claro (como no caso dos "amigos imaginários" ou "mentiras") (Hipólito, 2011).

Se o desenvolvimento ocorrer de forma saudável, com condições ótimas de atualização (bio-psico-sociais) e mínimas condições de valor, ou seja, recebendo cuidado incondicional, a criança terá o máximo de possibilidades de realizar as suas potencialidades. No entanto, traumas podem ocorrer em qualquer fase da vida, nos níveis biológico, psicológico ou social, causando sintomas e afetando o desenvolvimento (Hipólito, 2011).

Os sintomas podem manifestar-se de forma somática (no corpo) ou psicológica (neuroses), mas em ambos os casos, o objetivo é manter o melhor funcionamento possível do organismo. Quando a capacidade de discriminação entre o real e o imaginário se deteriora, podem ocorrer dificuldades significativas nas relações interpessoais. Isso pode manifestar-se fisicamente (estados de coma) ou psicologicamente (autismo ou catatonia, onde há ausência de contacto psicológico). No extremo, o funcionamento do organismo pode-se reduzir a um estado vegetativo, sem vida psicológica e com um processo biológico degenerativo, ou, em alguns casos, de autorregeneração (Hipólito, 2011).

A psicopatologia, nesta visão, é compreendida como uma consequência dos traumas vividos ao longo da vida, afetando as potencialidades do indivíduo e a sua atualização. Porém, há forças de autocura que, como parte da tendência à complexificação, procuram restaurar o equilíbrio. Assim, os sintomas podem ser vistos como uma expressão do melhor funcionamento que o organismo conseguiu alcançar num dado momento. A abordagem terapêutica centrada na pessoa considera essas manifestações com cautela e tenta promover um ambiente seguro para a exploração e expressão das experiências do cliente (Hipólito, 2011).

Na construção de um projeto terapêutico com o cliente, é fundamental considerar o "sistema diagnóstico" da Terapia Centrada no Cliente, que se baseia em seis condições necessárias e suficientes para promover a superação de défices causados por traumas. Tais condições podem incluir medidas específicas, como correções alimentares, próteses, pedagogias especializadas e uso criterioso de medicamentos, incluindo psicofármacos (Hipólito, 2011).

Idealmente, se o desenvolvimento humano ocorresse de maneira plena e sem restrições, as percepções seriam integradas, e o Self orgânico corresponderia ao Self real e ao Self ideal, resultando num funcionamento pleno e saudável. Contudo, mesmo sob as melhores condições, a finitude humana irá manifestar-se inevitavelmente na morte,

que é uma parte intrínseca da vida, evidenciada pela apoptose celular. A morte, portanto, deve ser vista não apenas como um fim, mas como parte de um ciclo contínuo de renovação, que faz parte da experiência humana (Hipólito, 2011).

Parte II. ATIVIDADES DO ESTÁGIO

2. Atividades Desenvolvidas

O estágio acadêmico, com uma carga horária total de 411 horas, teve início no dia 2 de novembro de 2023 e foi concluído a 7 de junho de 2024. Nos meses de novembro e dezembro, o foco principal foi a observação e a integração na instituição, permitindo-me conhecer os profissionais e o funcionamento das atividades na instituição. Este período inicial foi fundamental, sobretudo no que respeita à aprendizagem obtida e à preparação para as atividades que foram realizadas, posteriormente, em grupo e individualmente.

De janeiro até junho, o estágio passou para a fase de realização das atividades, onde pude, numa primeira instância, observar e, posteriormente, aplicar o conhecimento adquirido, tendo sido um período marcado por um envolvimento mais profundo e uma experiência prática valiosa, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional e consolidação das competências aprendidas ao longo da formação. As atividades desenvolvidas durante o estágio englobaram: observação, grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação, grupo de competências de regulação emocional, reuniões multidisciplinares, caso de acompanhamento individual, caso de avaliação psicológica e reuniões de supervisão, as quais explicarei, posteriormente, com detalhe. As tabelas 1 e 2 apresentam a organização das atividades durante o período de estágio.

Tabela 1

Cronograma Das Atividades De Estágio Desenvolvidas Ao Longo Dos 8 Meses

Atividades \ Meses	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Observação								
Reuniões de Supervisão								
Reuniões Multidisciplinares								
Caso de Acompanhamento Individual								
Caso de Avaliação								
Grupos de competências emocionais, sociais e psicoeducação								
Grupo de competências de regulação emocional								

Tabela 2*Horário Semanal*

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
09h00	Preparação das sessões com colega estagiária	Trabalho individual sobre os casos	Preparação das sessões com colega estagiária		Preparação das sessões com colega estagiária
10h00	Grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação	Supervisão	Reuniões Multidisciplinares	Caso de Acompanhamento individual	Grupo de competências de regulação emocional
11h00	Caso de Acompanhamento individual	Caso de avaliação	Grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação	Caso de avaliação	Grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação
12h00					

2.1. Grupo de Competências Emocionais, Sociais e de Psicoeducação

Na Unidade 2 (curto e médio internamento), implementou-se um grupo focado no desenvolvimento de competências emocionais e sociais, adotando uma abordagem psicoeducativa, o qual reunia duas vezes por semana (sessões de 45 minutos). O objetivo foi proporcionar aos participantes uma compreensão mais aprofundada das diversas patologias e das estratégias eficazes para a sua gestão. Além disso, o grupo ofereceu um ambiente propício ao desenvolvimento dessas competências, promovendo a interação social e o fortalecimento emocional dos participantes.

Na unidade 3 (longo internamento), destaco a realização de um grupo psicoeducativo semanal (sessões de 45 minutos), direcionado a indivíduos com défices cognitivos. Reconhecendo a necessidade de adaptação à condição cognitiva dos participantes, a informação foi transmitida de forma simplificada, garantindo uma compreensão acessível. O grupo pretendeu não só oferecer conhecimento sobre as patologias, mas também proporcionar ferramentas práticas adaptadas às capacidades cognitivas dos participantes.

A constituição de grupos psicoeducativos refere-se à constituição de grupos com dispositivos pedagógicos e psicológicos com o objetivo de educar acerca de determinadas

doenças físicas ou mentais. Os grupos psicoeducativos têm como objetivo principal a educação sobre um conceito ou tópico psicológico. Dá-se atenção à dinâmica e ao processo de grupo, sendo as interações entre os membros um elemento crucial (Brown, 2018).

Assim, o profissional psicoeducativo promove mudanças ligadas ao desenvolvimento das emoções, comportamentos e fatores sociais, podendo facultar o crescimento de soluções ligadas ao bom funcionamento individual (Lemes & Neto, 2017).

A psicoeducação tem o propósito de fornecer informações pertinentes aos familiares sobre a condição, tratamento, perspectivas futuras, além de esclarecer dúvidas e corrigir crenças (Oliveira, 2023), com o intuito de diminuir a possibilidade de recaída para o paciente (Srivastava & Panday, 2017).

No decorrer das sessões com estes grupos foram abordadas diversas perturbações, incluindo a bipolaridade, a perturbação da personalidade *borderline* e a esquizofrenia, com o objetivo de fornecer uma compreensão abrangente e psicoeducativa dessas condições. Foram discutidos os sinais e sintomas característicos de cada uma, assim como os critérios de diagnóstico e as opções de tratamento, de modo a fomentar empatia e uma visão mais esclarecida sobre o impacto dessas condições na vida das pessoas que convivem com elas. O material para as sessões era elaborado em conjunto com a colega estagiária que estava presente nos grupos comigo. Nesse sentido, era feita uma pesquisa minuciosa para cada tema e, a partir daí, apresentávamos aos pacientes presentes nos grupos, tendo sempre o objetivo de conseguir transmitir de forma clara toda a informação.

Os temas acima descritos foram escolhidos pelos próprios pacientes que, ao viverem com essa condição clínica ou conhecerem alguém que a tivesse, procuraram compreender melhor a experiência de viver com a doença. Este processo facilitou a compreensão e o aumento de uma empatia coletiva.

Também foram abordados outros temas, os quais envolveram a explicação dos conceitos e da importância aos pacientes, bem como a realização de exercícios práticos. As sessões foram elaboradas com base no livro “DBT Skills Training Manual” de Marsha Linehan (2015), escolhido pelo orientador. Os temas abordados foram o *mindfulness*, a regulação emocional, as competências de tolerância à angústia e a aceitação da realidade.

O *Mindfulness* é um processo intencional de observar, descrever e participar na realidade sem julgar, no momento presente, correspondendo a uma maior atenção e consciência do que se passa na nossa mente (Linehan, 2015).

A DBT (*Dialectical Behavior Therapy- Terapia Comportamental Dialética*) enfatiza a importância de ensinar competências de regulação emocional como uma forma de ajudar os indivíduos a gerir melhor as suas emoções e a melhorar a sua qualidade de vida, sendo o objetivo primordial reduzir o sofrimento emocional, sem eliminar as emoções, que têm funções importantes (Linehan, 2015).

As competências de tolerância à angústia são fundamentais para enfrentar situações de angústia e desconforto emocional e ajudam-nos a sobreviver a crises sem piorar a situação e a aceitar a realidade quando esta não corresponde às nossas expectativas, promovendo o crescimento pessoal e o bem-estar emocional (Linehan, 2015).

As competências de sobrevivência a crises têm como objetivo ultrapassar uma crise sem piorar a situação. Estas competências são usadas em crises, que são de curto prazo, e não devem ser aplicadas constantemente como um estilo de vida (Linehan, 2015). As habilidades de aceitação da realidade tentam proporcionar alívio ao reconhecer e aceitar os factos da vida, independentemente do quão difícil possa ser (Linehan, 2015).

2.1.1. Reflexão Global das Sessões

As sessões do grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação foram uma experiência enriquecedora, proporcionando um primeiro contacto com a exposição de temas em público. As sessões eram dinamizadas por mim e por outra estagiária.

O facto de as sessões terem sido direccionadas para pacientes de curto e médio internamento, representaram um desafio constante, mas também uma oportunidade valiosa de desenvolvimento profissional e pessoal. A rotatividade de participantes exigiu uma adaptação contínua, uma vez que havia a integração de novos pacientes no grupo, conforme outros recebiam alta, criando, assim, uma dinâmica imprevisível. Segundo o Código Deontológico dos psicólogos, o respeito à dignidade e aos direitos humanos esteve sempre presente na minha atuação, tratando-os de forma justa e sem discriminação, mesmo perante os desafios impostos pelas condições clínicas e pela rotatividade do grupo (OPP, 2024).

Por haver interrupções frequentes e intervenções fora do contexto, uma vez que muitos pacientes, devido ao seu estado clínico e ao impacto da medicação, enfrentavam dificuldades em manter o foco no tema proposto, a gestão das sessões foi exigente.

Além disso, a necessidade de “desabafo” de alguns utentes, embora compreensível e natural, desviava frequentemente o rumo das sessões e exigia uma sensibilidade extra na resposta, de modo a manter o ambiente acolhedor sem perder de vista os objetivos psicoeducativos do grupo. Por vezes, as respostas adequadas a essas exposições eram difíceis de dar, considerando o estado emocional de cada participante. As sessões também variaram no nível de participação: enquanto algumas sessões foram mais interativas, outras contaram com uma participação mais passiva. Não obstante, a confidencialidade e a privacidade foram pilares fundamentais ao longo da experiência. Procurei sempre criar um ambiente seguro onde eles pudessem expressar-se sem receio. Esse compromisso com a privacidade é parte integrante da prática ética do psicólogo (OPP, 2024).

Existe uma questão que, a meu ver, merece reflexão crítica: a obrigatoriedade de participação de pacientes que, pelas suas condições clínicas, não estavam num estado de estabilidade suficiente para integrar as sessões de grupo. Esta prática, na minha perspetiva, carece de ajustamento, dado que: em primeiro lugar, estes pacientes frequentemente não se encontravam em condições de beneficiar das dinâmicas do grupo; e, em segundo lugar, a sua presença acabava por desestabilizar o ambiente das sessões, prejudicando o aproveitamento daqueles que poderiam retirar maior benefício das atividades propostas. Embora compreenda a intenção de inclusão, considero que tal inclusão deve ser ponderada à luz das necessidades e do bem-estar tanto dos indivíduos, quanto do grupo como um todo.

Apesar dessas dificuldades, o esforço de preparação para cada sessão e a tentativa de ser o mais esclarecedora possível foram fundamentais para alcançar resultados positivos. Em cada sessão, procurei adaptar os conteúdos para responder às necessidades e capacidades do grupo, promovendo o desenvolvimento de competências emocionais e sociais e criando um ambiente que incentivasse a colaboração de todos.

A experiência nestas sessões revelou a importância de resiliência, adaptabilidade e persistência para lidar com diferentes perfis de pacientes e para garantir que, apesar dos desafios, as sessões mantinham o seu valor terapêutico.

2.2. Grupo de Competências de Regulação Emocional

Unidade 7 (longo internamento): nesta unidade, dedicada a pessoas com deficiência intelectual, destaca-se a implementação de um grupo focado no desenvolvimento de competências emocionais e sociais. Essas competências seguem o modelo da Terapia Comportamental Dialética, mas adaptado para indivíduos com

dificuldades cognitivas, a partir do manual “The Emotion Regulation Skills System for Cognitively Challenged Clients” de Brown (2016). A escolha da utilização do material deste manual foi realizada pelo orientador do local de estágio. As sessões ocorreram uma vez por semana, tendo cada sessão uma duração, em média, de 30 minutos.

Neste contexto, o treino de competências emocionais e sociais foi simplificado, utilizando recursos visuais, como imagens, para facilitar a compreensão. Neste grupo, foi enfatizada a importância do controlo emocional, seguindo a ideia de que, perante sentimentos intensos, é fundamental adotar estratégias específicas.

A abordagem visa prevenir o crescimento de emoções para níveis descontrolados, promovendo o autocontrolo e a autorregulação entre os pacientes, com a utilização de um conjunto de habilidades (Brown, 2016).

Além do foco nas habilidades de regulação emocional, dedicámos algumas sessões a explorar e discutir as diferentes emoções que as pacientes sentem na sua vida diária. Essas sessões tinham o objetivo de aprofundar a compreensão das emoções e de que forma elas afetam o comportamento, as decisões e as interações sociais.

2.2.1. Reflexão global das Sessões

As sessões com o grupo de competências de regulação emocional foram desafiantes, mas revelaram ser um espaço essencial de crescimento e aprendizagem tanto para as participantes, como para mim. A repetição do material, combinada com a flexibilidade nas atividades e discussões, permitiu que o grupo comesse a interiorizar as competências de regulação emocional. No geral, foi um processo com necessidade de adaptações constantes e criação de atividades que fossem cativantes.

A revisão da literatura aborda o impacto das dificuldades no comportamento adaptativo. Um dos domínios do comportamento adaptativo é o conceptual, que engloba habilidades como memória, resolução de problemas (Prinstein et al., 2021) e comunicação (Tassé, 2017). Isso pode ser associado à dificuldade de as pacientes participarem de forma consistente nas sessões, exigindo esforços para criar um ambiente que favoreça a interação e a aprendizagem.

As pacientes apresentavam comportamentos disfuncionais e impulsivos, o que exigiu um esforço constante para manter as sessões produtivas e adaptadas às suas necessidades. Essas dificuldades refletem características comuns associadas à condição clínica das pacientes, nomeadamente problemas de regulação emocional e comportamental, conforme descrito pela APA (2014). Entre os principais desafios

enfrentados, evidenciam-se os conflitos interpessoais que, além de desviarem o foco e dificultarem o progresso das atividades, tornaram mais difícil para mim manter o controlo das sessões.

Importa salientar que uma pessoa com deficiência intelectual, além de ser mais vulnerável à credulidade, o que faz com que o risco de exposição a eventos adversos seja maior (Boamah et al., 2023; APA, 2014), caso tenha sofrido traumas ou ameaças, é mais propensa a manifestar emoções intensas e a comportar-se de forma desafiadora e reativa (Boamah et al., 2023). Algumas das pacientes, pelos relatos que fizeram nas sessões, foram expostas a situações ameaçadoras, o que pode justificar a maneira como se comportavam. No entanto, esses momentos também serviram como oportunidades para desenvolver as competências de regulação emocional.

Outro desafio foi a necessidade de repetição, uma vez que, devido às limitações cognitivas das participantes, houve uma necessidade constante de repetir o material e reintroduzir conceitos em várias sessões. Sendo a deficiência intelectual caracterizada por défices significativos no funcionamento cognitivo (Papalia & Feldman, 2013), existem dificuldades em áreas como raciocínio, pensamento abstrato, aprendizagem académica e por experiência (APA, 2014). Essa abordagem foi essencial para garantir a assimilação dos conteúdos e a aplicação prática das competências.

Além disso, a flexibilidade nas sessões foi essencial, uma vez que, em diversas ocasiões, foi necessário desviar do plano original para lidar com questões pessoais ou preocupações de uma paciente específica. Embora isso tenha, por vezes, atrasado o progresso do conteúdo programado, esses momentos permitiram que o grupo trabalhasse habilidades essenciais, como "Expressar-se" e "Resolução de Problemas", além de fomentar um ambiente de apoio mútuo.

Uma dimensão particularmente importante foi o facto de as pacientes demonstrarem “confiança” em nós, sentindo que aquele espaço era seguro para partilhar algumas situações desafiantes, a qual reforça a eficácia de um espaço terapêutico baseado nos princípios da empatia, congruência e aceitação incondicional, elementos essenciais na Abordagem Centrada na Pessoa (Hipólito, 2011). Ao longo das sessões, ficou evidente que as pacientes não apenas se abriram para discutir emoções e questões difíceis, mas também passaram a contar connosco como uma fonte de apoio. Essa confiança foi fundamental para criar um ambiente acolhedor e empático, onde as pacientes sabiam que poderiam expressar as suas emoções de forma honesta e sem julgamento.

2.3. Reuniões Multidisciplinares

As reuniões multidisciplinares ocorreram quinzenalmente e envolveram uma equipa diversificada de profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e psicomotricistas, os quais desempenham um papel essencial na construção de uma abordagem integrada e eficaz, no que concerne os cuidados para os pacientes de curto internamento.

O facto de cada profissional contribuir com a sua perspetiva, resulta numa visão mais holística do paciente, enriquecendo a prática clínica e facilitando a elaboração de intervenções mais individualizadas e adaptadas.

Nas reuniões, discutiu-se os casos dos pacientes, com foco nos progressos e dificuldades de tratamento, num processo colaborativo que permitiu ajustar o plano terapêutico, conforme as necessidades identificadas. Como psicóloga estagiária, a minha participação nas reuniões foi uma oportunidade enriquecedora para observar e aprender sobre as complexidades dos casos clínicos e a importância de uma avaliação adequada e contínua, considerando o paciente como um todo, bem como a colaboração coordenada dos diversos profissionais.

Parte III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS

As consultas de acompanhamento individual foram realizadas bissemanalmente, na maioria das vezes, num período de 50 minutos. As mesmas decorreram tendo por base a Abordagem Centrada na Pessoa.

As duas primeiras consultas, foram realizadas pelo meu orientador, ficando eu a observar. Nas duas consultas seguintes, comecei a conduzi-las com supervisão direta, e, a partir daí, passei a realizá-las de forma totalmente autónoma. No que diz respeito ao caso de avaliação, as consultas foram realizadas de forma autónoma, do início ao fim.

As reuniões de supervisão foram essenciais para o meu crescimento como psicóloga em formação. Essas reuniões proporcionaram um espaço seguro para refletir sobre desafios e partilhar experiências, quer a nível dos casos, quer a nível dos grupos que estávamos a gerir, eu e outra estagiária. Houve sempre uma predisposição do orientador para me ajudar, esclarecer e tranquilizar nos momentos de gestão mais difíceis. Desta forma, estas sessões serviram para aprimorar as minhas competências clínicas.

3.1. Caso de Acompanhamento Individual

3.1.1. Identificação Pessoal

Helena (nome fictício) é do sexo feminino, tem 77 anos de idade, é de nacionalidade portuguesa e reside no distrito de Lisboa. É viúva, tem duas filhas e dois irmãos mais velhos. É licenciada em Românicas. Deu aulas como professora e, mais tarde, trabalhou na Santa Casa da Misericórdia, até se reformar.

3.1.2. Motivo do Pedido

A paciente veio transferida de um hospital onde esteve internada três meses, após ter tentado a segunda tentativa de suicídio. Apresenta sintomas depressivos. Helena expressa um humor deprimido, manifestado por uma sensação de vazio, falta de vontade de fazer coisas de uma forma geral (sente falta de vontade para sair da cama e para fazer atividades na clínica) e apatia (“Deixei de ter emoções”, sic). Além disso, Helena relata uma perda de interesse ou prazer significativa, evidenciada pela diminuição acentuada no interesse por atividades que anteriormente eram prazerosas e pelo isolamento social (“Tenho imensos amigos, mas acabei por me afastar. Como eu não conseguia corresponder na relação, comecei a ter problemas de relação com as pessoas, eu não era capaz de me relacionar, irritava-as.”; “O problema foi eu ter-me isolado e continuo a isolar-me.”; “Eu inclusivamente desligo o telefone, parece que tenho medo do telefone.

Sinto-me incomodada quando realmente deveria ser mais aberta.”, sic). Apresenta baixa autoestima, marcada pela perda contínua de peso. Finalmente, foi recomendado pela psiquiatra da clínica o início de acompanhamento psicológico.

3.1.3. Observação

Helena aceitou cordialmente o acompanhamento. Durante as consultas observou-se um estado vígil, consciente, atenção mantida e alguma desorientação temporal. A higiene era cuidada, a postura rígida e tinha alguma lentificação motora. A paciente tentou sempre ser colaborante, ficando desapontada por às vezes não se lembrar de alguns eventos ou datas ou por considerar que não conseguia responder de acordo ao que seria esperado. No que se refere ao discurso, possuía um vocabulário rico (“sinto-me abúlica”), demonstrando um nível elevado de proficiência linguística e uma ampla gama lexical. O tom de voz era monocórdico. Além disso, acresce o facto de, apesar de demonstrar dificuldades em lembrar-se de eventos e informações recentes, indicando um défice de memória de curto prazo, lembrava-se bem das coisas mais antigas (“Já fui operada aos dois ouvidos, otosclerose que é a ossificação das três pecinhas do ouvido: martelo, bigorna e o estribo. Então aquilo era tecido cartilagíneo que ia calcificando, portanto, tinha obstipação”). Apresentava falta de reação emocional a estímulos que normalmente provocam uma resposta. Depois de metade das consultas, começou a demonstrar alguns sorrisos.

3.1.4. História Pessoal

Helena nasceu nos anos 40, numa pequena cidade no centro de Portugal. Teve dois irmãos, um pouco mais velhos. A mãe de Helena desejava muito ter uma menina e favorecia a Helena em relação aos irmãos, tornando-se a filha preferida. “Amamentou os três, mas depois sofria muito dos peitos” (sic), refere Helena. Todas as gravidezes correram bem, embora tenha tido alguns abortos espontâneos, antes de conseguir engravidar do irmão mais velho, conseguindo levar a gravidez dele até ao fim, depois o irmão do meio e, por fim, a Helena. Sempre teve uma relação muito próxima com os pais, ajudando a mãe nas tarefas domésticas após a escola. “Não me recordo de nada que tenha acontecido de negativo” (sic), comenta, indicando uma infância relativamente feliz e sem grandes problemas. “Lembro-me dos meus irmãos a correr atrás de mim quando era pequenina” (sic), recorda Helena, evidenciando uma infância marcada pela interação com os irmãos.

Quando Helena tinha cinco anos, a família mudou-se para outra cidade, no mesmo distrito, devido à transferência do pai, por motivos profissionais “O meu pai foi transferido quando eu tinha cinco anos, antes de começar a primeira classe” (sic). O pai pediu a transferência para que o irmão mais velho pudesse concluir a primária e iniciar o liceu. Aos 6 anos, Helena começou a aprender as primeiras letras com uma mestra, indo a casa da mesma para as lições. Aos 7 anos, iniciou a escola primária. Pouco tempo depois, mudaram-se novamente, desta vez para um distrito no centro.

Helena iniciou a segunda classe e rapidamente fez amizades, era uma boa aluna e gostava da escola “Era boa aluna e gostava da escola” (sic). Ainda fez a terceira classe nessa escola, que ficava mais longe de casa, mudando-se depois para uma mais perto, para iniciar a quarta classe. Na escola nova, enfrentou desafios significativos. A nova professora disse ao pai de Helena que, para ela ir para o liceu, precisava de explicações. Os dois irmãos já estavam na explicação na altura e Helena levou um recado do pai para a professora a dizer que ainda estavam no princípio do ano e ainda não podia ir para explicação, porque já tinha dois filhos na explicação e não tinha possibilidades. Helena refere “Eu estava na primeira carteira e nesse momento fui para a última carteira” (sic), sentindo-se humilhada e perdendo confiança, chegando a ponderar “se calhar é capaz e eu não sei bem a matéria” (sic).

Helena não era muito boa a História e quando tinha estas aulas, a professora fazia perguntas à Helena e se ela não respondesse perguntava a outra pessoa. A professora pegava na régua, dava aos colegas e dizia “vá chega-lhe com força, porque senão levas tu.” (sic), obrigando os colegas a baterem na Helena se errasse nas respostas. Durante este tempo, a professora meteu-a num explicador (bibliotecário) que não lhe batia, mas que a colocava de castigo virada para a parede. Posteriormente, acabou por dizer à Helena para ir às explicações, sem lhe cobrar nada, mas o pai acabou por pagar com medo de que a Helena não ficasse preparada. “Aquela situação afetou-me bastante” (sic), disse Helena, enquanto refletia.

Intituiu esta situação provocada pela professora de “bullying”. Referiu que enquanto frequentou a quarta classe, não conseguia dormir bem e que não devia ter mudado de escola e, consequentemente, de professora. Sempre teve muitas dores de ouvidos, em criança e, nesta fase, o pai apercebia-se que Helena prolongava essas dores. O pai abria-lhe a janela do quarto de manhã e quando via o sol, Helena queixava-se e o pai achava estranho, pois nunca se queixava durante a noite, somente quando era para acordar para ir para a escola. O pai de Helena era uma pessoa muito aberta e dizia-lhe:

“vá diz ao pai, conta qual é o problema, temos de falar sobre isso.” (sic). E foi com a Helena falar com a professora.

Durante a adolescência, Helena continuou os estudos até ao 7º ano do liceu (equivalente ao 12º ano atualmente). Recordou que “Foi uma fase calma.” (sic). Ela participava em “bailaricos” e era muito dedicada à vida religiosa. Ia à missa, todos os dias, à saída do liceu e também se envolvia em procissões, onde frequentemente se vestia de anjo e, mais tarde, de arcanjo.

Aos 18 anos, Helena começou a tirar a carta de condução, um marco importante na sua independência. Aos 20 anos, mudou-se para Lisboa para frequentar a Licenciatura em Românicas. “Foi um choque” (sic) descreve Helena, referindo-se à transição de uma cidade pequena para a capital. No primeiro ano, ficou hospedada na casa da madrinha e namorou com um rapaz de Direito. No segundo ano, mudou-se para uma casa com seis colegas. Após passar os fins de semana com os pais, os mesmos iam sempre levá-la ao comboio e Helena vinha até Lisboa a chorar, só parando quando chegasse. Não se queria separar dos seus pais e tinha muitas dificuldades em afastar-se deles.

Era muito estudiosa. Além disso, era muito poupada. Juntava o dinheiro da mesada para comprar um bolinho de vez em quando e ir uma vez por mês ao cinema, que gostava muito. Refere ainda que no 7º ano do liceu, foi de viagem de finalista, a Espanha.

Helena casou-se com um rapaz que era da cidade onde ela vivia. Conheceram-se em Lisboa e ele era dois anos mais velho que ela. Disse que o marido foi um “engate de rua”, pois Helena estava com uma amiga no carro a ir para um sítio e reparou que vinham dois rapazes num carro atrás dela e um deles fez sinal para pararem. A Helena e a amiga iam para um motel. Elas entraram para o parque de estacionamento e eles também, depois saíram do carro e eles também. Helena foi tentar arranjar uma mesa para beberem café. Mais tarde, ele acabou por lhe telefonar e todos os dias iam ao cinema. O marido já trabalhava na altura, na área da saúde e era uma das profissões mais bem pagas, então pagava-lhe o cinema. A relação desenvolveu-se rapidamente e casaram-se após um ano e pouco de namoro. “Nunca mais nos largámos,” (sic), comenta. Um ano depois de casar foi mãe “A primeira gravidez foi muito boa, tive aqueles enjoos, mas de resto correu sempre tudo muito bem, ela nasceu lindamente, não rasguei, foi parto normal e sem complicações.” (sic).

Fez a licenciatura, mas não queria dar aulas porque não gostava da ideia de ser professora. “Talvez tivesse aquela imagem daquela professora mais negativa e nunca quis” (sic). Depois, mudou de curso, durante o intervalo até o casamento. Quando

começou a trabalhar, casou-se logo no primeiro ano. Como tinha o curso de Românicas, deu aulas de Português e Francês num externato, enquanto não conseguia colocação como Assistente Social. Ficou em segundo lugar no processo seletivo e pôde escolher o local de trabalho. Preferia semi-internatos na época, mas acabou por ficar com menores.

Trabalhou como Assistente Social até se reformar. Após 23 anos num serviço que gostava muito, com famílias de acolhimento, foi transferida para outro serviço durante as suas férias, sem consulta prévia. Como sempre trabalhou com menores, foi escolhida para trabalhar numa CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) quando as comissões foram criadas.

Helena quando foi transferida para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), enfrentou situações extremamente difíceis, como a retirada de crianças abusadas. Foi aí que teve a primeira depressão. Começou a dormir mal, muito preocupada, ansiosa e angustiada. As crianças eram sinalizadas e, normalmente, eram retiradas pelo Tribunal. A Helena fazia o estudo todo da situação, fazia o relatório e enviava para o tribunal e comparecia no julgamento, onde era determinado o futuro da criança. Eram situações muito complicadas que mexiam muito com a Helena. Por exemplo, uma criança violada sexualmente: a Helena ia com o piquete retirar a criança de casa, era feita uma inspeção na medicina legal, portanto, era retirado o estado vaginal, de forma a saber se havia presença de sémen, ou cortes. Na altura já tinha as duas filhas e foi muito complicado. A Helena acordava aos gritos, e vivenciava nos sonhos as coisas que via na sua profissão. Refere uma situação em que na esquadra da polícia lhe disseram que tinha de retirar uma criança que tinha sido violada, a casa do pai. O chefe da polícia disse para terem cuidado porque o pai da criança costuma estar armado. Helena disse mesmo assim, pegou na situação como deve de ser. Quando chegaram lá a casa, o pai abriu a porta e a filha, com uns 8 anos, estava sentada num sofá e quando viu os agentes da polícia estava a masturbar-se com a maior das naturalidades. A Helena além desta situação, viu outras muito más. Acrescido a isto, havia o facto de ser um trabalho com algum risco.

Portanto, foi a um psiquiatra. Foi a primeira consulta de psiquiatria que teve. Nesta altura o psiquiatra passou-lhe baixa. Depois também havia os antecedentes com o pai. O pai já tinha morrido, o qual pôs fim à própria vida. Soube por chamada.

A morte do pai foi um evento marcante na vida de Helena. O pai cometeu suicídio após a morte da mãe, que o deixou profundamente solitário, “Dá-me ideia que foi de solidão. A solidão é uma coisa terrível. Nós podemos não estar sozinhos, mas se nos sentimos solitários, é uma coisa terrível, mesmo.” (sic). O pai deu um tiro na cabeça, mas

não morreu logo. Foi transferido de helicóptero para Lisboa, mas faleceu antes de Helena e o irmão mais velho chegarem. Referiu: “Foi tudo um bocado macabro, sabe porquê? O meu pai teve o azar... nessa altura fizeram greve no Instituto de Medicina Legal, porque ele tinha de ser autopsiado. Uma semana de greve. Sabe o que é o meu pai estar num frigorífico uma semana? Todos os dias o Sr. da agência funerária ligava e dizia “ainda não é hoje... ainda não é hoje.” Foi assim, um bocadinho duro.” (sic).

O pai já havia perdido um irmão que também cometeu suicídio, o que agravou o seu estado emocional. Helena lembra-se da última conversa com o pai e de como ele estava desorientado antes do suicídio. “Já não se orientou assim muito bem na ida para lá, já estava meio abananado.”

Helena acreditou que havia uma causa desencadeante para a situação. O pai era uma pessoa muito justa e na altura em que a mãe morreu o irmão mais velho pediu dinheiro emprestado, e nunca mais pagava e o pai tinha medo que lhe acontecesse alguma coisa e depois a Helena e o outro irmão ficassem em desvantagem. Helena falava ao telefone com o pai todos os dias. Na véspera do suicídio do pai, Helena mencionou que o irmão mais velho tinha dito que enviaria uma carta na sexta-feira, mas ela não chegou e, no sábado, o pai suicidou-se.

Durante este período difícil, o apoio do marido foi crucial. Ele ajudou-a a encontrar um psiquiatra e foi um suporte constante durante a sua depressão, “Uma pessoa muito importante na minha vida, foi o meu marido, nessa fase da morte do meu pai, etc. podia reagir de maneira diferente, mas não, foi ele que me arranjou o psiquiatra, era uma pessoa impecável.” (sic).

Após muitos anos de trabalho na CPCJ, Helena reformou-se. As experiências traumáticas no trabalho e a perda do pai deixaram marcas profundas. A relação próxima com o marido e a família ajudou-a a enfrentar os momentos difíceis. Depois também ficou fragilizada com a morte do marido, “Fui eu que lhe salvei a vida. Ele teve um enfarte e foi desta para melhor, ficou ligado à máquina, etc., porque eu chamei a ambulância e não vinha e então por minha autorrecriação revolvi metê-lo no meu carro e levei-o para a urgência e o médico disse-me que o tempo em que o tinha levado tinha sido record.” (sic). Depois ainda sofreu do problema durante alguns anos, até falecer. Refere que poderia ter tido problemas piores com o marido como “levar tarefa, ser maltratada pelo marido e isso não aconteceu. Foi uma doença que acontece com qualquer pessoa.” (sic).

Vida atual:

Helena sente que o que mais lhe falta são competências para lidar com a sua situação. Ela não consegue organizar a sua vida de uma forma eficaz. Diariamente, levanta-se e faz a sua higiene pessoal, mas há dias em que isso é mais difícil. Ela tenta ocupar-se durante o resto do dia, mas sente-se abúlica, sem vontade de fazer qualquer coisa, incluindo sair da cama ou participar nas atividades na clínica.

Quando Helena consegue realizar alguma atividade, fá-lo com alguma dificuldade, mas ainda assim, mais ou menos. Esta falta de vontade e energia já vem de há mais tempo. Há cerca de um ano que Helena sente esta falta de motivação, mas não é claro como é que esta sensação surgiu. Helena perdeu a vontade de fazer as coisas e começou a isolar-se, construindo um dia a dia solitário. Apesar de ter muitos amigos, afastou-se porque não conseguia corresponder nas relações e começou a ter problemas de relacionamento com as pessoas, irritando-as. Ela descreve que parecia ter medo das pessoas, uma sensação estranha que a afastava ainda mais. Com a ajuda da medicação, Helena não se sente tão ansiosa.

Helena esteve internada no hospital durante três meses, após a segunda tentativa de suicídio. Quando questionada sobre o que estava a acontecer na sua vida para chegar a esse ponto, Helena mencionou que vivia sozinha e que talvez a solidão tenha sido um fator. Antes disso, ela era uma pessoa muito ativa: frequentava a universidade sénior, levava os netos ao colégio e ao desporto. No entanto, à medida que os netos cresceram e se tornaram autossuficientes, Helena começou a sentir-se mais sozinha. Perdeu a vontade de ir à universidade Sénior e desistiu passados três meses. Helena fazia todas as tarefas domésticas, mas começou a ter dificuldade devido à falta de vontade. Ela sente a sua cabeça vazia, uma sensação de vazio que a consome.

Helena fez eletroconvulsoterapia e desde então tem notado um maior vazio, além de dificuldades ao nível da audição e da visão. A sua memória foi afetada, lembra-se das coisas mais antigas, mas tem dificuldade com as memórias recentes e, por vezes, esquece-se dos nomes das pessoas. A falta de memória intensificou-se após os tratamentos.

Helena chegou a um ponto muito difícil na sua vida. Quando isso aconteceu, ela estava num estado mental crítico e sentiu que a vida já não fazia sentido. Segundo ela, deixou de ter emoções, “Deixei de ter emoções. Eu até costumava dizer, há tanto tempo que não choro, mas também não rio. Sou capaz de sorrir, mas não com vontade” (sic). Sentia-se "feita num 8", quase inválida.

Durante a segunda tentativa de suicídio, Helena estava em casa e enviou uma mensagem à filha mais nova, agradecendo por tudo o que ela tinha feito e dizendo que

estava farta de sofrer. Descreveu o que ia fazer e usou uma fralda antiga para se sufocar. Era uma fralda de quando as filhas eram pequenas, que costumava utilizar para passar a ferro. A filha, que tinha a chave de casa, chegou a tempo e chamou a ambulância. Helena foi levada para o Hospital, onde esteve internada. Esta foi a segunda tentativa, sendo que na primeira estava a ser acompanhada por um psiquiatra e achava que não era necessário internamento.

Após questionada sobre a primeira tentativa de suicídio, Helena explica que a vida não tinha sentido na altura e que esperava mais apoio do acompanhamento psiquiátrico que tinha. A primeira tentativa foi em julho de 2023, e Helena sentia-se muito sozinha e isolada, o que agravou a sua condição.

Helena sente que o internamento tem ótimas condições, mas ela não está a ser capaz de tirar partido disso. Apesar dos esforços e do apoio extraordinário dos colegas de internamento, ela não se sente muito diferente do que quando entrou.

Fisicamente, emagreceu imenso e fez vários exames. Não gostava muito da sua imagem e continua sem gostar, notando que tem estado sempre a emagrecer e que a roupa ficou toda larga. Helena mencionou a relação complicada com a sua filha mais velha, que já está assim há 4 ou 5 anos. Falam apenas nos dias dos aniversários, no Natal, e pouco mais.

Helena explicou que há uma incompatibilidade entre elas. Escreveu uma carta onde foi demasiado dura, o que causou ainda mais distanciamento, “fui um bocadinho violenta” (sic). Ela tentou vender um apartamento após a morte do marido, mas a filha teve dúvidas e tentou impedi-la. A relação deteriorou-se ainda mais devido a críticas sobre como a filha lidava com os filhos “Comentei a forma como ela lidava com os miúdos. Pedi-lhe autenticamente o divórcio. Disse-lhe que, portanto, a partir de agora, trata da tua vida que eu trato da minha. Foi a partir daí que houve o corte. Já tentei aproximar-me dela, mas não.” (sic). Helena recorda-se de uma situação em que a sua filha mais velha agrediu a neta com um estalo. Quando foi buscar a neta ao colégio mais tarde, ainda podia ver a marca da agressão. A neta acabou por lhe contar que a mãe a tinha castigado por ser “refilona”, mas depois pediu desculpa. A neta perguntou sobre aquele número para onde se pode ligar e Helena respondeu que já deixou de trabalhar há muito tempo e que já não se lembra do número. Helena sentiu-se obrigada a intervir nesse aspeto, apesar das tensões na relação com a filha. Esta não era a primeira vez que a filha se comportava de forma violenta e Helena sentia-se desconfortável com essa situação.

Mencionou que atualmente, fala com os netos através do telefone. Antes iam periodicamente almoçar ou jantar com a Helena e a tia. “Eles sabem o que se passa. Eles também têm algumas dificuldades de relação com a mãe” (sic). O neto tem 20 anos e a neta tem 16 anos.

Além disso, relatou algumas situações enquanto as filhas eram novas e já havia conflitos entre as duas e, por sua vez, entre a Helena e a filha mais velha, pois não concordava com algumas das atitudes da filha mais velha para com a filha mais nova, acabando por “escolher lados”. A filha mais velha gostava muito de sair à noite e a mais nova nunca gostou. Como a Helena também nunca gostou, a mais velha todas as noites tinha que sair e achava que a Helena tinha a irmã debaixo das suas asas e que a tinha que a tirar. “Desde quando é que o crescimento se avalia pela quantidade de saídas à noite?” (sic). A filha mais velha fazia ciúmes aos namorados da irmã, apontava sempre defeitos, etc. Atualmente, é casada e Helena considera o genro uma pessoa extraordinária e trabalhadora. Acredita que a filha mais velha tem distúrbios de personalidade.

Helena já tentou aproximar-se da filha várias vezes, mas sem sucesso. Numa ocasião, encontrou-se com a filha e perguntou se podia dar um beijinho, mas a mesma recusou, dizendo que talvez noutra altura. Desde então, não voltaram a marcar encontro. Helena só tem apoio da filha mais nova.

Helena tem uma boa relação com a filha mais nova. Esta vem visitá-la todos os dias, mas é a única visita que recebe. Helena evita os amigos porque não quer que a vejam tão diferente do que era, o que lhe causa muito sofrimento.

Ademais, Helena refere que tem estado com dificuldades nas atividades e no próprio raciocínio. Enquanto assistia a um filme, percebeu que não conseguia reproduzir o mesmo. Isto também acontece com outras atividades. Em termos de humor, os dias têm sido todos iguais.

3.1.5. Medicação

Helena estava a tomar a seguinte medicação: Lamotrigina 25 mg, Desvenlafaxina 50 mg, Aripirazol 5 mg, Mirtazapina 30 mg.

3.1.6. Análise do Caso com base na Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo Centrada na Pessoa

Se o desenvolvimento da criança ocorrer de maneira saudável, com condições ideais de atualização biológica, psicológica e social, além do cuidado incondicional,

haverá uma grande possibilidade de realizar as suas potencialidades. No entanto, traumas podem surgir em qualquer fase da vida, em níveis biológicos, psicológicos ou sociais, impactando seu desenvolvimento e gerando sintomas (Hipólito, 2011).

Ao longo do acompanhamento psicológico, foi possível compreender que as mudanças frequentes de residência ao longo da infância podem ter influenciado o desenvolvimento psicoafetivo de Helena, especialmente em relação ao sentido de estabilidade, segurança emocional e construção de vínculos. Os únicos vínculos estabelecidos eram com a família, sendo os pais com quem tinha maior proximidade.

A ligação com os pais parece ter criado uma forte base afetiva, mas ao mesmo tempo limitou a experiência de autonomia de Helena. Ela enfrentou dificuldades para se separar emocionalmente dos pais, especialmente ao sair de casa para estudar noutra cidade.

As memórias vivas do abuso escolar e a humilhação com a professora e o explicador que a castigaram, revelam um trauma psicológico, fazendo com que duvidasse das suas capacidades, acreditando que se a professora a mudava para o fim da sala significava que era inferior. Esse trauma representa situações onde o *self* organísmico de Helena levou-a a interiorizar uma percepção de inferioridade e medo de rejeição. Segundo Rogers, os sintomas representam o melhor equilíbrio possível para o organismo funcionar num dado momento (Hipólito, 2011). Nessa altura, a maneira que Helena arranjava para funcionar da melhor forma possível era fingir que estava doente, para não ir à escola. Esse comportamento pode indicar uma estratégia de *coping*, pois Helena, de forma a proteger o seu *self* organísmico, fingia estar doente, mantendo, assim, um equilíbrio entre as suas necessidades emocionais (evitar o abuso) e as exigências do ambiente (a obrigação de ir à escola).

De acordo com a teoria de Rogers, o ser humano procura constantemente um sentido de valor e realização através da autoatualização (Hipólito, 2011). A perda de papéis essenciais (filha, mulher, mãe, assistente social, avó) e o vazio resultaram numa falta de sentido e propósito para Helena. Quando existe uma grande discrepância entre o *self* ideal (como a pessoa acha que deveria ser) e o *self* real (como ela se percebe), pode haver uma profunda insatisfação e baixa autoestima (Hipólito, 2011). Isto pode indicar que, ao perder os papéis que desempenhou durante a vida, fez com que se visse desprovida de significados externos que “alimentavam” o seu *self* ideal. Se o *self* real está muito afastado das expectativas do *self* ideal, a pessoa pode sentir que a vida perdeu o sentido, pois nada do que faz parece aproximá-la de ser quem acha que deveria ser. Nesse cenário,

a tentativa de suicídio surgiu como uma forma de interromper a dor causada por esse conflito.

Esse comportamento de risco pode ser visto como manifestação do melhor equilíbrio possível que o organismo encontrou para continuar a funcionar face à dor emocional (Hipólito, 2011). Mas, como é que um comportamento potencialmente letal, como uma tentativa de suicídio, pode ser entendido como “o melhor equilíbrio possível”?

Não se trata de uma vontade genuína de morrer por parte do organismo. A tentativa de suicídio pode ser compreendida como um apelo desesperado do self, perante a ausência de estratégias que permitam restaurar o equilíbrio emocional. Não implica, necessariamente, o desejo consciente de morrer, mas sim a necessidade de interromper um sofrimento intolerável, sendo que a morte surge como a única forma de encontrar alívio.

O comportamento de Helena — ao mesmo tempo em que escreve uma carta com uma mensagem de despedida, mas avisa a filha que vive ao lado — revelou ambivalência. Embora expressasse tendências suicidas, esses atos podem ser vistos como um pedido de ajuda ou uma tentativa de chamar a atenção para o seu sofrimento.

O *locus* de controlo refere-se à capacidade que o indivíduo detém para lidar com diversas circunstâncias, experiências e eventos que vão ocorrendo ao longo da sua vida (Ribeiro & Laneiro, 2019). Quando o *locus* de controlo é interno, a pessoa experiencia os fenómenos dentro de si, como os sente. Quando o *locus* de controlo é externo, mesmo que as decisões digam respeito à pessoa, é como se fossem tomadas pelo outro (Hipólito, 2011). Portanto, quando o *locus* de controlo é externo, a pessoa coloca a responsabilidade daquilo que lhe acontece nos outros, fora de si (por exemplo, quando Helena menciona que a filha achava que era discriminada, considerando que era apenas uma ideia dela ou quando menciona que escreveu a carta à filha, mas foram umas verdades). Considero que a Helena tem um *locus* de controlo externo, tendo em conta que externaliza a culpa, atribuindo as suas dificuldades a fatores externos e evitando assumir a responsabilidade pelos seus próprios sentimentos e comportamentos.

Contudo, vai-se verificando ao longo das sessões um *locus* de controlo progressivamente mais interno, quando assumiu que teve culpa na rutura do relacionamento com a filha, quando admitiu que não se estava a empenhar o suficiente para manter o contacto com os netos, reconhecendo que esperava que eles tomassem a iniciativa, mesmo sabendo que deveria ligar mais e, ainda, ao referir que não conseguia tirar proveito das condições da clínica porque tinha dificuldade em aproveitar os recursos

que estavam disponíveis, dada a sua situação.

Este movimento revela a ativação da tendência atualizante, através da tomada de consciência e da responsabilização progressiva pelas suas vivências, o que indica reorganização interna e maior contacto com o self real (Hipólito, 2011).

No que respeita aos traumas, a mudança de trabalho, assente numa exposição ao abuso infantil, resultou num trauma nas condições. Helena passou a ter pesadelos recorrentes do que experienciou no âmbito do seu novo cargo, não se sentia segura no trabalho, nem feliz, o que originou uma mudança no seu bem-estar e levou-a à procura de apoio psicológico.

Sendo o autoconceito, a forma como a pessoa se percebe, é possível verificar que Helena revela uma visão depreciativa de si mesma, descrevendo-se como alguém sem utilidade, limitada e incapaz de corresponder às expectativas, como nas atividades, por exemplo. Esta visão depreciativa estende-se ao seu papel social, considerando-se aborrecida e menos desejável para os outros, especialmente após os acontecimentos relacionados com as suas tentativas de suicídio. Embora reconheça ter sido, no passado, uma pessoa divertida e envolvente, atualmente vê-se como séria e distante. Essa percepção negativa de si mesma evidencia a discrepância entre o self real e o self ideal.

Apesar das adversidades que Helena enfrentou ao longo da vida, a tendência atualizante manifesta-se no desejo de reconquistar o relacionamento com a filha, retomar atividades que antes lhe traziam prazer, como o cinema e o teatro, no sentimento de esperança perante o futuro e na afirmação de que “a vida é para ser vivida”.

3.1.7. Resumo do Acompanhamento

O acompanhamento psicológico de Helena foi realizado ao longo de 14 sessões e centrou-se em compreender e abordar as experiências marcantes da sua vida, que influenciaram, significativamente, o seu desenvolvimento psicoafetivo e a levaram à situação atual.

As primeiras duas sessões foram conduzidas pelo orientador de estágio, com o objetivo de compreender o motivo do internamento de Helena e o seu estado atual.

Na **primeira sessão**, Helena referiu dificuldades significativas na organização da vida diária, como principal problema a falta de competências e dificuldades para se organizar na vida diária. Conseguia realizar tarefas como a higiene pessoal, mas com grande dificuldade e abulia, que descreveu como uma ausência de vontade para sair da cama ou participar nas atividades na clínica. A origem desse estado não é clara, mas

afirmou que sentia assim há cerca de um ano.

Sobre os fatores que levaram ao internamento, referiu que foi uma tentativa de suicídio, motivado pela solidão e pela sensação de que a vida perdeu o sentido. Relatou a decisão de usar uma fralda de pano, mas enviou uma mensagem à filha mais nova antes do ato, o que permitiu que esta a socorresse a tempo. Este foi o segundo episódio de tentativa de suicídio. Helena reconheceu um histórico familiar relacionado a suicídios, mencionando que o pai e o tio passaram pelo mesmo desfecho.

Na sessão também foi abordadas mudanças da sua vida, como a perda de vínculos com os netos, que se tornaram independentes e a relação afastada com a filha mais velha. Helena destacou que se afastou dos amigos, devido a dificuldades em corresponder às relações, o que complicou ainda mais a convivência social. Helena reconheceu que o internamento tinha boas condições e apoio, incluindo de colegas internados, mas ainda não conseguia tirar partido dessa experiência. Apesar de estar a fazer um esforço, sentia-se quase "inválida" e não muito diferente do que estava antes do internamento.

Na **segunda sessão**, Helena relatou pequenas melhorias no estado geral. Durante o fim de semana, dedicou-se a fazer sopa de letras, notando um pouco mais de prazer nessa ocupação. Helena expôs que o isolamento e a perda de vontade começaram há cerca de um ano, com repercussões significativas no seu bem-estar físico e emocional. Confessou um emagrecimento acentuado e um descontentamento com a sua aparência.

A relação problemática com a filha mais velha foi explorada mais a fundo. Helena descreveu essa relação como inexistente, há cerca de 4 ou 5 anos, limitada a cumprimentos formais em datas festivas. Identificou incompatibilidades de personalidade e conflitos passados como principais motivos para o afastamento. O contexto do conflito incluiu a venda de um apartamento após o falecimento do marido, onde a filha inicialmente concordou, mas mais tarde mostrou resistência. Além disso, já havia atritos anteriores, relacionados com críticas sobre a forma como a filha lidava com os filhos. Na carta, Helena foi direta e reconheceu que "disse verdades", mas admitiu que a forma como se expressou foi agressiva, o que acabou por afastar ainda mais a filha. Helena mencionou tentativas de reconciliação, mas sem sucesso. Apesar de já ter tentado abordar o assunto, não conseguiu remediar a relação e expressou incertezas sobre essa possibilidade no futuro.

Posteriormente, passei a conduzir as consultas, iniciando na terceira sessão um levantamento inicial da sua história, com foco na anamnese. Durante essas primeiras

interações, Helena mostrou-se colaborativa, mas a comunicação era muitas vezes vaga e simples, o que dificultava a recolha de informações mais profundas. Na **terceira sessão**, Helena abordou as dificuldades cognitivas e afirmou sentir-se "esquisita" com essas mudanças. Explicou que apesar de ser a primeira a levantar-se de manhã e a manter uma rotina básica de higiene e preparação, fazia-o com apatia.

Mostrou arrependimento pela relação com a filha mais velha, embora considerasse que a reconciliação fosse difícil. Reconheceu a proximidade e o suporte emocional da filha mais nova, mas sentia culpa por acreditar que esta assumia responsabilidades excessivas em relação a si.

Revelou resistência a interações sociais devido à vergonha e desconforto associados às tentativas de suicídio. Outro ponto central da sessão foi a imagem corporal de Helena, mencionando desconforto com o seu corpo devido à perda de peso significativa.

Na **quarta sessão**, procurei estruturar a tarefa terapêutica, para compreender o percurso de vida e contextualizar as dificuldades que Helena enfrentava. Por isso, expliquei que seria importante falarmos um pouco sobre o seu passado, para poder entendê-la mais profundamente e perceber as preocupações ou problemas que a incomodavam no presente.

Helena começou por referir que se sentia “mais ou menos na mesma”, embora tivesse sentindo um ligeiro progresso. Com esforço, começou a participar nas atividades, tendo iniciado o artesanato e o tricô, o que trouxe uma leve melhora no humor. Apesar disso, continuava a enfrentar dificuldades com a visão e audição.

Destacou a presença constante da filha mais nova, que a acompanha diariamente na clínica, mas demonstrou pouca motivação para receber visitas de amigas, afirmando não estar “muito entusiasmada”. Além disso, mencionou que evita atender telefonemas, desligando o telefone por se sentir incomodada e ansiosa.

Foi aprofundada a relação conflituosa com a filha mais velha e a insatisfação com a sua imagem corporal. Helena expressou sentir-se confusa sobre como chegou àquele ponto. Há alguns anos, era ativa e sociável, mas foi tomada por uma apatia que não conseguia compreender completamente.

Na **quinta sessão**, Helena compartilhou dificuldades de concentração e memória. Passava grande parte do tempo sentada na sala, isolada, falava pouco com os outros e tinha dificuldade em realizar tarefas individuais. Sentia-se desorganizada em relação às atividades diárias, o que contrastava com a estrutura que mantinha antes. Atualmente, não

consegue entusiasmar-se com nada e sente-se desmotivada.

Helena expressou insatisfação com o seu corpo, dizendo que se sentia muito em baixo fisicamente e sem forças.

Em relação às filhas, mencionou que a filha mais velha, queria que as coisas fossem feitas à sua maneira e considerava que Helena "educou mal" a irmã. A relação difícil da filha mais velha com a irmã, era marcada por ciúmes e tentativas de controlar a vida amorosa da mais nova. Apesar desses conflitos, ela acreditava que nada era levado ao extremo e agora tenta conformar-se com as situações sem esperar mudanças.

Também falou sobre os netos, lembrando-se de quando participava ativamente na vida deles, mas agora sente-se triste por eles não a visitarem. Ela tentava manter o contacto, mas reconheceu que não estava a fazer o suficiente.

Na **sexta sessão**, Helena começou por mencionar que a filha mais velha a vinha visitar à clínica, o que a deixou com sentimentos mistos de receio e felicidade. Ela estava com esperança de que a visita pudesse ser algo positivo para a relação delas. Helena expressou que gostaria de aproveitar o momento para pedir desculpas à filha, dizendo que está arrependida por algumas atitudes do passado e que sentia muitas saudades dela. Embora não soubesse exatamente quando a filha viria, soube através da equipa de enfermagem da clínica.

Helena também partilhou algo muito pessoal sobre as suas tentativas de suicídio, revelando que a primeira tentativa foi muito semelhante à segunda, envolvendo o uso de uma fralda e deixando uma mensagem explicando a sua intenção.

Na **sétima sessão**, Helena falou sobre a sua dificuldade em pintar, afirmando que não tem jeito para isso e que, mesmo com esforço, pareciam infantis. Quando questionada sobre o que mais gostava de fazer, mencionou o tricô. Também gostava de assistir ao telejornal para se manter informada, mas a sua memória limitava-a. Revelou, ainda, interesse por teatro e cinema.

Helena sempre gostou de fazer tarefas domésticas, mas, ao ficar sozinha em casa, sentiu-se mais solitária e com dificuldades em preencher o tempo. Ela começou a frequentar a universidade sénior, onde fazia passeios, aprendia a tocar cavaquinho e tinha visitas de estudo, mas acabou por desistir.

Helena também expressou o seu receio em relação aos eletrochoques, pois temia as consequências negativas que eles podem trazer.

Revelou que a intensidade das suas dificuldades emocionais aumentou com o tempo. Embora tenha enfrentado depressão na fase adulta, destacou que se sentia muito

apoiada pelo esposo e pelos pais, que ainda estavam vivos na altura. No entanto, ao interromper a medicação, a sua condição piorou. Além disso, há cerca de 15 anos foi acompanhada por um psiquiatra, inicialmente uma vez por mês, depois a frequência das consultas foi diminuindo, conforme melhorava.

Após a morte do marido, há 13 anos, Helena sentiu que a sua função de apoio para ele foi essencial, mas com a sua ausência, não conseguiu encontrar atividades ou tarefas que a fizessem sentir-se útil novamente. Atualmente, descreve-se como impotente e inútil, especialmente em relação às atividades que faz, dizendo que as tarefas são boas, mas ela não consegue corresponder.

Na **oitava sessão**, Helena apresentou um estado particularmente apático. Após ser visitada pela filha mais velha, com quem não tinha contacto há muito tempo, recusou-se inicialmente a comparecer à consulta. Quando a encontrei sentada no quarto, demonstrava um comportamento retraído, evitando qualquer comunicação. Propus realizar a sessão numa sala diferente, localizada na unidade onde estava internada, tornando o ambiente mais acessível e confortável. Essa abordagem facilitou um breve diálogo. Helena expressou uma sensação de desorientação, sem noção do tempo e do espaço. Relatou que a filha mais velha a visitou e que, embora a visita tenha corrido bem, ela percebeu que a filha ficou admirada com o seu aspeto, embora não tenha dito nada diretamente. Helena sentiu que não foi capaz de reagir de forma adequada e descreveu a conversa como muito superficial da sua parte. A filha estava bem, perguntou se a Helena precisava de algo e sobre as atividades que ela fazia. A filha sugeriu que ela não se mostrasse "tão abatida" quando os netos a viessem visitar à clínica e, quando Helena abordou a relação delas expressando arrependimento pelos erros que cometeu para com ela, a filha respondeu que o passado deveria ser deixado para trás e para Helena não se preocupar com isso naquele momento.

Na **nona sessão**, Helena relatou que participou em atividades como cinema e artes plásticas no fim de semana, mas passou o resto do dia sentada a ver televisão e a fazer algumas sopas de letras, embora não conseguisse completar todas no tempo "estipulado". Sentiu-se fisicamente fraca, sem energia, e chegou a perder a noção do tempo, não sabendo que dia era. Embora tenha estado com uma amiga, quis ir embora pouco depois, preocupando-se com horários e obrigações.

Helena comentou que frequentemente sente que está a "estragar as coisas", referindo várias preocupações que a fazem agir automaticamente. Ela mencionou que se preocupava com não poder tratar de algumas questões importantes da sua vida, como a

renovação do cartão de cidadão e questões financeiras, que estão a ser tratadas pelo companheiro da filha mais nova, mas sente que há prazos a ser descumpridos. A filha acreditava que essas preocupações são apenas coisas que "estão na sua cabeça", mas Helena tinha a certeza de que precisava de assinar certos documentos e resolver essas pendências. Helena afirmou que, já fez algumas sessões de eletroconvulsivoterapia, mas não sentia melhorias evidentes no seu estado geral.

Na **décima sessão**, Helena partilhou que participou pela primeira vez numa atividade de terapia ocupacional. Relatou também que a filha mais velha voltou a visitá-la e, numa ocasião, ambas as filhas estiveram presentes ao mesmo tempo. Helena descreveu essa interação como "normal", como se os conflitos anteriores não tivessem existido.

Mencionou estar a enfrentar dificuldades em evacuar, um problema que tem gerado desconforto. Comentou que foi a filha mais velha quem sugeriu que procurasse fisioterapia como uma possível solução para essas questões. Apesar disso, sentia-se um pouco melhor, com menos ansiedade e explicou que tem conseguido dormir melhor, o que contribuiu para dias mais tranquilos.

Mencionou dificuldades para ler, devido a problemas de visão e comentou que já foi operada aos dois ouvidos por otosclerose, uma condição que descreveu como "obstipação das três pecinhas do ouvido: martelo, bigorna e o estribo".

Helena revelou sentir-se aborrecida para as outras pessoas e ressaltou que sempre foi muito divertida e conhecida por contar anedotas, mas que agora se vê como uma pessoa mais séria e menos sorridente.

Na **décima primeira** sessão, falou sobre o impacto do problema com a filha mais velha, que contribuiu significativamente para o seu estado emocional. Apesar disso, reconheceu que a filha estava a reagir bem nas visitas, evitando conflitos e falando de assuntos cotidianos. Helena expressou a intenção de "correr atrás" e tentar reconquistar um espaço na relação com a filha.

Demonstrou arrependimento em relação à tentativa de suicídio, descrevendo-a como um disparate e reafirmando que "a vida é para ser vivida." No futuro, gostaria de retomar atividades que apreciava e que faziam parte de sua rotina.

Helena mencionou que tinha sentido algumas tonturas acompanhadas de desequilíbrio. Apesar dessas dificuldades físicas, destacou um progresso positivo ao nível do convívio social: começou a fazer amizades com algumas pessoas na clínica, descrevendo-as como agradáveis.

Na **décima segunda, décima terceira e décima quarta** sessão do acompanhamento, foi construída a linha da vida, que proporcionou uma visão detalhada da trajetória de Helena, desde a infância até o momento atual. Apesar das dificuldades de memória para eventos recentes, Helena lembrou-se com riqueza de detalhes das suas experiências na juventude. Essas sessões foram marcadas por uma maior abertura e fluidez na comunicação, permitindo um melhor entendimento da forma como a sua vida foi conduzida e dos fatores que contribuíram para o estado atual.

3.1.8. Reflexão sobre o Caso de Acompanhamento

Neste acompanhamento, tornou-se evidente o quadro clínico da perturbação depressiva major, sendo esta caracterizada por tristeza, perda de interesse ou de prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, perturbações do sono ou do apetite, cansaço e dificuldade de concentração (Rondón, 2018; WHO, 2017). Helena teve uma diminuição significativa no interesse por atividades que eram prazerosas, apresentou dificuldades de concentração e estava com baixa autoestima, devido à sua aparência, consequência de perda de peso significativa. Outros sinais e sintomas podem incluir deterioração do desempenho de várias funções psíquicas e cognitivas, tendência ao isolamento, apatia, abulia, desesperança e inibição motora (Rondón, 2018). Helena afastou-se de amigos por não conseguir corresponder às relações, apresentou memória afetada e apatia, além de mostrar um comportamento psicomotor mais lento, um dos sintomas presentes no diagnóstico do DSM (APA, 2014).

Durante as primeiras sessões, Helena mostrou-se colaborativa, mas a comunicação era muitas vezes vaga e simples, o que dificultava a recolha de informações mais profundas. Isso era compreensível, considerando o seu estado emocional e as dificuldades cognitivas relacionadas com o seu quadro clínico.

Esses sinais corroboram a literatura, que descreve a depressão como uma condição multifacetada, capaz de comprometer o funcionamento interpessoal, social e profissional (Braga et al., 2024; Dobrek & Głowacka, 2023; Sadock et al., 2017; WHO, 2017), podendo levar ao suicídio (WHO, 2017). Helena fez duas tentativas de suicídio, motivadas por sentimentos de solidão e pela sensação de que a vida tinha perdido o sentido.

A história de vida da paciente revelou ainda fatores de risco fundamentais para a compreensão do caso. Experiências adversas na infância e situações de stresse na vida adulta foram elementos presentes na sua trajetória, alinhando-se ao que é descrito na

literatura como fatores desencadeantes ou agravantes da depressão (SPPSM, s.d.). Esses eventos traumáticos são conhecidos por induzir alterações nos sistemas neurobiológicos, como a redução dos níveis de serotonina, dopamina e noradrenalina, contribuindo para o aparecimento dos sintomas depressivos (Stahl, 2014).

À semelhança de toda a minha intervenção no estágio, no caso de acompanhamento tentei seguir os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, que é fundamentada pela crença de que o indivíduo possui, na sua essência, os recursos necessários para o desenvolvimento das suas potencialidades (Rogers & Wallen, 1946), desde que o ambiente terapêutico proporcione as condições ideais. Portanto, cabe ao psicólogo, criar as condições através da relação. Apesar das dificuldades iniciais, associadas ao quadro de depressão profunda apresentado por Helena, tentei criar essas condições ao longo das sessões e a experiência revelou-se enriquecedora, evidenciando pequenos progressos que contribuíram positivamente para o desenvolvimento do processo terapêutico.

Essas condições são fundamentais e são conseguidas através da manifestação de atitudes para quem assume o papel de profissional, como a compreensão empática e a consideração positiva incondicional (Hipólito, 2011). Empatia, significa conseguir perceber o mundo privado do paciente como se fosse o seu próprio (Rogers, 1957), mas sem deixar que os sentimentos sejam misturados com os do paciente (Rogers, 1957, 1997). A consideração positiva incondicional é a valorização do paciente de forma integral e genuína, sem impor condições ou julgamentos (Santos et al., 1987). Esses elementos são cruciais para a construção de um ambiente acolhedor, permitindo que o cliente expresse livremente as suas emoções, pensamentos e experiências, sem julgamentos. Desde as primeiras sessões, procurei, de forma contínua, compreender o mundo interno de Helena de forma empática e incondicional. Contudo, ao longo das sessões houve momentos em que a congruência nem sempre foi conseguida, realçando a complexidade e desafios inerentes neste processo.

Ao longo do acompanhamento, Helena demonstrou-se compreendida e sem julgamento, afirmando: *"Eu sei que posso contar-lhe estas coisas"*. Gradualmente, começou a identificar pequenos avanços na sua vida, como o fortalecimento de laços com as filhas, a melhoria na qualidade do sono e o ressurgimento do desejo de retomar atividades que antes lhe proporcionavam prazer, como o teatro e o cinema. Além disso, relatou ter estabelecido conexões sociais na clínica.

A tendência atualizante emerge como uma força vital inerente a cada indivíduo,

que impulsiona o crescimento e o desenvolvimento pessoal, a concretização de potencialidades, promovendo um maior bem-estar. No caso de Helena, essa força manifesta-se na sua decisão de não querer voltar a colocar a sua vida em risco e no seu esforço para encontrar algum sentido na sua existência. Ela também demonstra crescimento ao refletir sobre as circunstâncias em que acredita ter cometido erros e ao expressar o desejo de melhorar.

O processo de acompanhamento de Helena apresentou desafios significativos, considerando o diagnóstico e as limitações iniciais, evidenciando a relevância de uma presença terapêutica incondicional, sensível às necessidades e ao ritmo do cliente.

Embora seja difícil alcançar uma transformação significativa em apenas 14 sessões, foi possível observar em Helena alguns avanços. Inicialmente encontrava-se num estado de incongruência que a impedia de se perceber como uma pessoa empoderada e realizada nas diferentes áreas de sua vida. Esse quadro reflete os desafios que enfrenta, mas também aponta para a importância do processo terapêutico como um espaço para explorar suas dificuldades e potencialidades, promovendo gradualmente uma maior congruência e bem-estar. Isso pode ser resultado da atitude não diretiva, a qual permite que o cliente tome as suas próprias decisões em relação ao seu próprio projeto de vida (Nunes, 1994).

Os clientes são reconhecidos como indivíduos que seguem o seu próprio caminho, com liberdade para progredir ao seu ritmo e desenvolver o seu crescimento de forma única (Bozarth, 1998). A experiência com este caso levou-me a refletir sobre a importância de respeitar o ritmo do paciente e de reconhecer que a construção de mudanças significativas no estado emocional e funcional é um processo gradual.

O acompanhamento representou um marco significativo no meu percurso enquanto estagiária em psicologia clínica, por se tratar do meu primeiro caso. Embora tenha sido um desafio lidar com a complexidade emocional que o caso envolvia, foi uma experiência bastante enriquecedora. Este processo reforçou a importância de uma postura empática, paciente e comprometida, demonstrando que, mesmo em pequenos passos, é possível promover mudanças significativas no bem-estar emocional do cliente.

3.2. Caso de Avaliação Psicológica

3.2.1. Identificação

Jorge, é do sexo masculino, tem 67 anos, é de nacionalidade portuguesa e reside no norte alentejano. É licenciado em Educação Física. Encontra-se reformado desde

novembro de 2022 (cerca de um ano e cinco meses), após profissão de professor, a qual desempenhou toda a sua vida. É filho único, divorciado, mantém uma relação estável com a atual companheira, com quem já está há 17 anos e tem um filho, fruto do casamento que teve. Teve um enfarte aos 43 anos e foi diagnosticado com Parkinson em março de 2023, doença igualmente diagnosticada ao seu pai.

3.2.2. Motivo do Pedido

Internado há dois meses, foi encaminhado por indicação psiquiátrica perante o agravamento dos sintomas que afetam a sua qualidade de vida. Foi feito pedido de acompanhamento psicológico no início do seu internamento, pela psiquiatra da clínica, mas Jorge não quis. O paciente procura apoio psicológico devido a um quadro persistente de desconforto, caracterizado por sintomas gastrointestinais que interferem significativamente na sua rotina diária. Apresenta desconforto intestinal persistente, caracterizado por episódios de obstipação alternados com evacuações frequentes e incompletas, flatulência constante e necessidade de esforço excessivo para evacuar. Tivemos de remarcar a segunda consulta, pois Jorge estava muito cansado e com dores.

3.2.3. Observação

Durante as consultas, Jorge demonstrou-se colaborativo, descrevendo com detalhe as suas experiências e dificuldades. O discurso é coerente e claro, embora frequentemente marcado por expressões de sofrimento e preocupação com a sua condição: Eu não tenho qualidade de vida nenhuma! Estou sempre mal! Sempre mal! Consome-me!” (sic). Nas sessões iniciais, o seu discurso foi caracterizado por um tom de desespero e verificou-se alguma agitação motora, devido ao desconforto em que se encontrava “não tenho posição para estar sentado” (sic). Constatou-se que a orientação e consciência estavam preservadas. O pensamento era predominantemente focado nos sintomas e em estratégias para lidar com eles, como explicava para a urina: “Pôr água na boca, deixá-la correr, agarrar num papel, passar com os dedos pelo cabelo, deitar saliva” (sic). Jorge apresentou sempre uma higiene cuidada e roupa apropriada.

3.2.4. História Pessoal

Jorge nasceu num contexto familiar marcado por eventos adversos logo no início da sua vida. A gravidez correu bem e o nascimento também. Porém, a mãe faleceu com

23 ou 24 anos, poucos meses após o parto (“Eu não a conheci, tinha 3 meses e meio.” sic), devido a lúpus eritematoso disseminado. Era professora primária. Jorge nunca chegou a conhecê-la, mas guardou uma impressão construída a partir de relatos: “Era uma mulher muito linda; acho que também era muito boa pessoa; pelos relatos que me fizeram, era uma mulher adorável.” (sic). Relatou que a doença da mãe já estava avançada na época da gravidez, o que pode ter acelerado o seu quadro clínico.

O seu pai permaneceu solteiro durante dois anos, aproximadamente, após o falecimento da mãe biológica, até casar-se novamente com uma mulher que era amiga da mãe de Jorge e que o conhecia desde que nasceu, tornando-se na figura materna. Ele descreveu a relação com a madrasta como próxima e carinhosa: “(...) nunca teve filhos e tratou-me como se fosse filho dela. A minha relação com a minha mãe, foi sempre muito melhor do que com o meu pai.” (sic). Em contraste, a relação com o pai foi mais conturbada e ambivalente. Jorge relata episódios de violência física durante a infância: “O meu pai era um 8 ou 80. Tanto me dava com o cinto, como tinha grandes manifestações de afeto.” Essa dualidade marcou a sua percepção da figura paterna, “quando eu era pequenino, não havia motivo nem razão para às vezes ter levado.” (sic), levando-o a pensar que o pai falhou consigo.

A infância de Jorge foi descrita como “normal”, embora marcada pela relação com o pai. Durante a adolescência, relatou que, talvez, face ao tratamento que o pai lhe dava, começou a insurgir-se contra ele e a fazer o que queria, confessando que nessa altura merecia ter “apanhado”: “Eu saía de casa e não dizia nada, aparecia 3 dias depois.”; “Os telefones era de ir à cabine, mas eu não ligava para isso.” (sic). Portanto, ficava 2 ou 3 dias fora de casa e ninguém sabia onde Jorge estava, pois este não dava justificações e saía de casa sem dizer nada, levando-o a reconhecer que o pai tinha razões para se preocupar com ele.

Apesar de tudo, nunca reprovou e que nesse aspeto o pai não o podia acusar de nada, expressando ainda: “Fazia o mínimo. Só na faculdade é que eu estudei.” (sic). Outro ponto baixo da relação com o pai prendeu-se pelo facto de este fazer promessas que não cumpria, algo que disse que nunca fará com o seu filho: “Tudo o que eu sempre prometi, nunca falhei a isso. Tudo o que eu prometi, cumpri.” (sic).

Jorge estudou até concluir a licenciatura em Educação Física, profissão que desempenhou por toda a sua vida até a reforma. Durante a sua carreira como professor, Jorge manteve uma rotina ativa e rigorosa, embora os últimos anos tenham sido mais desgastantes: “Estava ansioso pela reforma, já me sentia desgastado” (sic).

Casou-se jovem e teve um filho, mas o casamento acabou em divórcio, pois tinham muitos problemas na educação do filho, chocavam e, apesar de ao pé de Jorge a mulher dizer uma coisa, nas costas fazia completamente o oposto, referindo “não falávamos a uma só voz e era o mais importante, mesmo que não estivéssemos de acordo, não podemos demonstrar, falamos à parte, mas depois falamos numa só voz.” (sic). Divorciaram-se um ano após ter tido um enfarte, portanto, em 2001.

Jorge assumiu parte da responsabilidade por possíveis traumas enfrentados pelo filho “Eu devia ter tido uma experiência que me permitisse ser um melhor pai” (sic). Referiu que a mãe sempre teve uma postura extremamente protetora (“80, mãe galinha” sic), sendo ele menos rígido (“o 8”) para manter o equilíbrio. Essa discrepância na abordagem parental contribuiu para os problemas emocionais do filho, tendo Jorge relatado: “Isso criou alguns pseudotraumas no meu filho. Tanto que ele teve de ter ajuda psicológica e psiquiátrica.” (sic). Ademais, o divórcio teve um impacto significativo no filho, ficando a mãe com a maior parte da guarda parental e, a partir dessa convivência, o filho reconheceu que uma das grandes culpadas dos seus problemas mentais foi a mãe, referindo “(...) disse-o de boca cheia que um dos grandes problemas é a mãe. Porque se ele não vivesse com a mãe, já tinha ultrapassado algumas das coisas, ele próprio o reconhece.” (sic). Jorge sempre teve uma relação próxima com o filho e referiu cumprir sempre com as obrigações enquanto pai.

Após o divórcio, Jorge iniciou um relacionamento com a sua atual companheira, com quem está há 17 anos. Descreveu a companheira como alguém com quem compartilha afinidades e interesses, especialmente viagens: “Nós temos uma filosofia de vida parecida, gostamos de aproveitar enquanto podemos.” (sic)

O seu pai mantinha um grande sigilo sobre aspetos financeiros e era muito reservado. No entanto, nos seus últimos 13 a 14 anos de vida, Jorge assumiu a gestão de todos os seus cuidados, incluindo questões financeiras e de saúde, devido à incapacidade do pai de gerir a sua própria vida. Ele mencionou que, nesse período, utilizou recursos próprios para garantir ao pai uma estadia confortável em uma pousada de excelência, que descreveu como um “hotel de 5 estrelas”.

Nesses últimos anos, foi possível estabelecer uma relação de pai e filho: “E aí, podemos dizer que fomos pai e filho. Em que eu disse “levámos uma vida.” (sic). Jorge conseguiu oferecer apoio, mesmo perante a mágoa que sentia face ao pai.

Ele refletiu: “Fiquei traumatizado, mas ultrapassei e dei-lhe a mão mesmo assim.” (sic). O pai não compareceu ao seu casamento, algo que para Jorge foi profundamente

marcante e fez avanços em direção à sua mulher, comportamento que ele descreveu com indignação e desapontamento (“ponto número 1- o meu pai não foi ao meu casamento; ponto número 2- o meu pai fez-se a minha mulher. E mesmo assim eu dei-lhe a mão.” sic). Mesmo assim, a mulher foi compreensiva em relação ao seu pai, sugerindo que ele pudesse morar com eles durante a sua fase de fragilidade. Contudo, Jorge optou por uma melhor solução fora de casa, encontrando o local de estadia ideal para preservar o conforto e a dignidade do pai (“E mesmo a minha mulher quando ele esteve coiso ela disse “ele que venha para a nossa casa”. Eu disse não, “Epá, vamos encontrar, a melhor coisa possível.” sic).

Em março de 2023, Jorge foi diagnosticado com Parkinson e isso deitou-o abaixo. Nessa altura, internou-se, por iniciativa própria, porque não soube lidar com essa situação. E é nessa clínica, situada no Alentejo, que surgiu um problema intestinal. O seu pai também foi diagnosticado com Parkinson, mas viveu uma vida relativamente normal: “O meu pai teve Parkinson, mas não foi isso que o matou. Ele viveu com isso sem grandes limitações.” (sic).

Vida atual:

Jorge vive entre duas localidades, dependendo das circunstâncias e das responsabilidades da companheira, que cuida do pai idoso. O contexto de vida recente foi fortemente impactado pelos sintomas físicos e pelas limitações impostas por eles. Antes dos problemas intestinais, Jorge tinha planos de viajar mais frequentemente, algo que considera crucial para sua felicidade: “Eu quero viajar! Estava formatado para aproveitar a reforma, mas agora sinto que estou preso.” (sic).

Em abril de 2023, começou a apresentar um quadro de obstipação intensa, que inicialmente foi tratado com o uso de laxantes. Apesar de ter realizado uma colonoscopia que não revelou alterações patológicas, os sintomas persistiram e evoluíram para um padrão oscilante. No início, mesmo após o uso de laxantes, os episódios de evacuação tornavam-se frequentes e dolorosos, alternados com períodos prolongados sem evacuar. Ele descreveu: “Eu não tenho qualidade de vida nenhuma! Estou sempre mal! Consome-me!” (sic).

Posteriormente, houve um período de melhora que se estendeu por aproximadamente um mês. Contudo, após a realização dos implantes dentários, a situação agravou-se novamente. Três dias após a colocação dos implantes, os sintomas retornaram com intensidade, fazendo do mês de agosto um período muito difícil para ele. As próteses

dentárias foram “arrancadas” devido à pressão excessiva gerada pelo esforço físico necessário para evacuar. O gastroenterologista, após a realização de exames e da colonoscopia, sugeriu que os sintomas poderiam ter uma origem psicológica, pois os exames estavam todos bem.

A sua rotina tornou-se limitada devido ao desconforto persistente: “O mal-estar é tanto que nem consigo concentrar-me para ler um livro, algo que sempre adorei.” Jorge tentou manter algumas atividades que antes apreciava, como jogar snooker com amigos, mas os sintomas impediram-no de aproveitar plenamente: “Tenho um amigo que me convida para jogar snooker todos os dias, mas eu digo ‘desculpa, não estou em condições’.”

Atualmente, o quadro clínico de Jorge caracteriza-se por uma alternância entre episódios de evacuações frequentes – onde ele relata ter de fazer força excessiva para conseguir expelir as fezes – e períodos de obstipação prolongada, acompanhados por flatulência intensa. Esses sintomas interferem de forma marcante na sua rotina, impedindo-o de realizar atividades simples e contribuindo para um estado de angústia e desesperança. Apesar de saber, de forma racional, que os exames não indicam a presença de uma patologia gastrointestinal grave, a persistência dos sintomas coloca-o num ciclo de sofrimento físico e psicológico.

Além disso, o desgaste sentido durante o esforço para evacuar não se limitava apenas aos danos diretos. Jorge sentia uma sensação persistente de exaustão, tanto física quanto emocional. Ele expressava como se sentia: “Isto é contínuo e por isso é que leva ao desespero, não sei como hei-de estar, isto não é qualidade de vida, não é vida, a pessoa não se sente bem nunca.” (sic).

Além das restrições físicas, Jorge sentiu que a sua condição impactava negativamente os relacionamentos próximos. Reconheceu que a ansiedade e o desconforto o tornavam mais irritável e menos paciente: “Sei que quando estou mal, influencio os outros. A minha companheira enerva-se muito com isso, e eu percebo.” (sic). Apesar disso, não desejava sobrecarregar emocionalmente as pessoas ao seu redor e tentava preservar a independência: “Eu digo a ela para aproveitar a vida, mesmo que eu não possa. Não quero que deixe de fazer as coisas por minha causa.” (sic).

3.2.5. Medicação

Jorge estava a tomar a seguinte medicação: Mirtazapina 15 mg, Quetiapina 25 mg, Alprazolam 0,5 mg, Topiramato 25 mg, Risperidona 2 mg, Levodopa 100mg + Carbidopa

25 mg, Paroxetina 20 mg

3.2.6. Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados

Uma avaliação psicológica completa é essencial para se compreender a complexa interação entre os sintomas físicos e emocionais apresentados por Jorge, os quais se apresentam de forma interligada e com impacto significativo na sua qualidade de vida.

Além disso, a aplicação de instrumentos padronizados é recomendada para medir níveis de ansiedade, depressão e stress, fatores que parecem interagir intensamente com o quadro de desconforto gastrointestinal. Instrumentos como o BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) e o CAQ (*Clinical Analysis Questionnaire*) podem oferecer dados objetivos que complementem o relato subjetivo do paciente.

Essa avaliação aprofundada possibilita o estabelecimento de um diagnóstico mais preciso e a formulação de um plano de tratamento adequado, que contemple intervenções tanto no âmbito psiquiátrico, quanto no psicológico. Seria crucial que Jorge recebesse apoio especializado para lidar com os desafios emocionais que acompanhavam o seu quadro físico, promovendo, assim, uma abordagem integrativa que visasse a melhoria da qualidade de vida.

3.2.6.1. *Clinical Analysis Questionnaire (CAQ)*

O CAQ (*Clinical Analysis Questionnaire*) é um instrumento psicológico desenvolvido para avaliar traços normais e patológicos de personalidade, simultaneamente, permitindo compreender a dinâmica da personalidade do indivíduo (Krug, 1997).

É baseado na teoria da personalidade de Raymond Cattell e é composto por duas partes principais: o CAQ-I que recorre aos 16 traços de personalidade medidos pelo 16PF e consiste em 128 itens e o CAQ-II que avalia 12 traços patológicos e consiste em 144 itens (Krug, 1997).

A adaptação do CAQ para a população portuguesa centrou-se na Parte II do CAQ original, visto a parte I ser substituível pelo 16PF. Portanto, o CAQ português contém 144 itens que avaliam 12 traços patológicos, organizados em 12 escalas distintas. Essas escalas foram validadas correlacionando-as com as escalas do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), as quais são: Hipocôndria (Hs); Depressão (D); Histeria (Hy); Desvio psicopático (Pd); Masculinidade-Feminilidade (Mf); Paranoia (Pa);

Psicastenia (Pt); Esquizofrenia (Sc); Hipomania (Ma); Introversão Social (Si) e escalas de validação (L, F e K) (Krug, 1997).

O CAQ tem 12 escalas. As escalas de depressão incluem: a Hipocondria (D1), caracterizada por uma grande preocupação com a alteração das funções do corpo com as mulheres neuróticas e esquizofrénicas a apresentarem as pontuações mais elevadas que os homens; a Depressão Suicida (D2), que caracteriza-se por pensamentos de autodestruição, ou seja, pensamentos suicidas, de desespero e autolesivos, sendo comum em indivíduos com diagnóstico de depressão e esquizofrenia; a Agitação (D3) refere-se a sentimentos de que a vida é aborrecida até se fazer algo novo e arriscado. Associado a uma procura inquieta pela aventura e risco, poderá estar um apelo à morte, sendo mais comum em indivíduos com abuso de narcóticos e com personalidade antissocial; a Depressão Ansiosa (D4) combina sintomas depressivos com níveis de ansiedade, sendo que um indivíduo com pontuação alta nesta escala pode ter dificuldades em enfrentar exigências, dizer o que pensa, sente-se insegura e desajeitada; a Depressão Baixa-Energia (D5) está associada a sentimentos de tristeza, cansaço e solidão, sendo mais comum em indivíduos alcoólicos ou em mulheres com dependência de narcóticos, em mulheres esquizofrénicas e indivíduos depressivos; a Culpabilidade-Ressentimento (D6) é associada ao sentimento de se ter feito algo condenável, resultando num sentimento de inutilidade ou impotência e um indivíduo com pontuação alta nesta escala pode sentir uma culpa excessiva, ressentimento em relação a si mesmo ou aos outros; a Apatia Retirada (D7) caracteriza-se pela sensação de falta de interesse e motivação, bem como o isolamento social (Krug, 1997).

Outras Escalas incluem: a Paranoia (Pa), que envolve desconfiança, sensação de injustiça e perseguição, ciúmes em relação aos outros, cinismo e medo de ser envenenado; o Desvio Psicopático (Pp), caracterizado por comportamento impulsivo, desrespeito pelas normas sociais, tendência a violar regras, egocentrismo e procura por excitação, característica partilhada com a escala D3 (Agitação), com a qual tem uma elevada correlação; a Esquizofrenia (Sc), caracterizada pela dificuldade em expressar ideias, impulsos estranhos, sentimento de incompreensão e de evitamento por parte dos outros, perda de memória, delírios e alucinações; a Psicastenia (As) que caracteriza-se por pensamentos obsessivos, comportamentos compulsivos e comportamentos fóbicos; o Desajuste Psicológico (Ps), que está associado à percepção distorcida de si mesmo, acreditando que não tem valor, que é um fracasso ou que erra constantemente, comum em indivíduos psicóticos e neuróticos (Krug, 1997).

O CAQ é composto por 144 itens que os indivíduos respondem, geralmente na forma de uma escala de Likert (por exemplo, de "concordo totalmente" a "discordo totalmente"). O CAQ pode ser administrado individualmente ou em grupo e geralmente leva cerca de 45 a 60 minutos para ser completado (Krug, 1997).

3.2.6.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) é um instrumento de avaliação psicológica desenvolvido por Leonard R. Derogatis em 1982, utilizado para medir o nível de sofrimento psicológico e a presença de sintomas psicopatológicos em indivíduos (Canavarro, 1999).

Este instrumento é composto por 53 itens, com escala de resposta tipo Likert, que varia de 0 (nada) a 4 (extremamente) e avalia sintomas psicopatológicos, segundo nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Para preencher o instrumento, por norma, são necessários 8 a 10 minutos (Canavarro, 1999).

Os resultados “permitem avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas.” (Canavarro, 1999, p. 324).

Existem nove dimensões de sintomatologia:

- 1) Somatização refere-se ao desconforto físico percebido em sistemas como o cardiovascular, gastrointestinal e respiratório, bem como dores musculares e outros sintomas físicos da ansiedade (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).
- 2) Obsessões-Compulsões inclui pensamentos, impulsos e comportamentos repetitivos e persistentes que a pessoa não consegue controlar, mesmo sendo indesejados e percebidos como estranhos. Também abrange dificuldades cognitivas mais amplas (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).
- 3) Sensibilidade Interpessoal foca nos sentimentos de inadequação, inferioridade e autodepreciação, especialmente em comparação com os outros. Inclui também hesitação, desconforto e timidez nas interações sociais (itens 20, 21, 22 e 42).
- 4) Depressão reflete sintomas clássicos de depressão, como humor deprimido, perda de energia, falta de motivação e desinteresse pela vida (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).
- 5) Ansiedade inclui sintomas gerais de nervosismo e tensão, bem como manifestações de ansiedade generalizada e ataques de pânico. Considera também a apreensão e os sintomas físicos associados à ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).

6) Hostilidade abrange pensamentos, emoções e comportamentos relacionados à raiva e ao estado emocional negativo associado (itens 6, 13, 40, 41 e 46).

7) Ansiedade Fóbica define-se pelo medo persistente e irracional de uma pessoa, lugar ou situação específica, resultando em comportamentos de evitação (itens 8, 28, 31, 43 e 47).

8) Ideação Paranoide representa um funcionamento cognitivo perturbado, caracterizado por pensamentos de perseguição, suspeita, grandiosidade, egocentrismo e medo de perda de autonomia, incluindo delírios (itens 4, 10, 24, 48 e 51).

9) Psicoticismo engloba desde o isolamento social leve até sintomas graves de psicose, como alucinações e distúrbios no controle do pensamento (itens 3, 14, 34, 44 e 53). (Canavarro, 1999).

Os itens 11, 25, 39 e 52 têm relevância clínica, mas não pertencem a nenhuma das dimensões sintomatológicas e, por isso, são apenas considerados nos cálculos dos índices globais (Canavarro, 1999).

Os Índices Globais do BSI incluem: o Índice Geral de Sintomas (IGS), que combina a intensidade do mal-estar com o número de sintomas relatados para fornecer uma pontuação geral de sofrimento psicológico; o Índice de Sintomas Positivos (ISP), que calcula a média da intensidade de todos os sintomas relatados, refletindo a gravidade dos sintomas; e, por fim, o Total de Sintomas Positivos (TSP), que representa o número total de queixas sintomáticas, indicando a complexidade da sintomatologia. Uma pessoa pode ter um ISP baixo, mas um TSP alto, mostrando muitos sintomas leves (Canavarro, 1999).

Para calcular as pontuações de cada uma das nove dimensões psicopatológicas, deve-se somar os valores (0-4) de cada item correspondente a cada dimensão e dividir o total obtido pelo número de itens que compõem cada dimensão (Canavarro, 1999).

O cálculo dos três índices globais deve ser feito da seguinte forma: para o índice geral de sintomas, soma-se as pontuações de todos os itens e divide-se pelo número total de respostas (53). O total de sintomas positivos é obtido ao contar o número de itens com resposta positiva (maior que zero). Por fim, o índice de sintomas positivos calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP (Canavarro, 1999).

3.2.7. Resultados

Em seguida apresenta-se a tabela-perfil do CAQ (tabela 3).

Tabela 3*Perfil do CAQ (níveis Percentílicos, de acordo com os Decatipos)*

Subescalas de Depressão			
	Decatipos	Percentil	Nível
D1 (Hipocondria)	8	90	Muito Alto
D2 (Depressão Suicida)	4	30	Baixo
D3 (Agitação)	6	65	Médio
D4 (Depressão Ansiosa)	5	45	Médio
D5 (Depressão Baixa-Energia)	5	45	Médio
D6 (Culpabilidade-Ressentimento)	6	65	Médio
D7 (Apatia-Retirada)	8	90	Muito Alto
Outras Escalas			
	Decatipos	Percentil	Nível
Pa (Paranoia)	5	45	Médio
Pp (Desvio Psicopático)	8	90	Muito Alto
Sc (Esquizofrenia)	7	80	Alto
As (Psicastenia)	6	65	Médio
Ps (Desajuste Psicológico)	6	65	Médio

Com base nos resultados do CAQ, verifica-se que as subescalas mais relevantes, considerando os decatipos mais altos, são: D1 (Hipocondria), D7 (Apatia-Retirada) e Pp (Desvio Psicopático). Estas áreas refletem preocupação significativa com a saúde, isolamento social e traços impulsivos. Pontuações baixas, como em D2 (Depressão Suicida), apontam para uma ausência de pensamentos suicidas.

Nas subescalas de depressão, D1 (Hipocondria) apresenta uma pontuação direta (PD) de 9 e um decatipo (DE) de 8, indicando um nível alto que sugere uma preocupação considerável com alterações das funções corporais. Em D2 (Depressão Suicida), a PD de 1 e o DE de 4 representam uma pontuação baixa, indicando poucos ou nenhuns pensamentos autodestrutivos ou suicidas. Já D7 (Apatia-Retirada), com PD de 9 e DE de 8, aponta para um nível elevado, evidenciando uma tendência para isolamento social e falta de motivação.

Entre as outras escalas, Pp (Desvio Psicopático) revela uma PD de 20 e um DE de 8, mostrando um nível elevado que sugere comportamento impulsivo, desrespeito por normas e busca por excitação. Na escala Sc (Esquizofrenia), uma PD de 8 e um DE de 7 indicam um nível alto, sugerindo dificuldades em expressar ideias ou sentimentos, mas sem sinais extremos de delírios ou alucinações.

Apresenta-se, seguidamente, os resultados do BSI.

Tabela 5*Cotação do BSI, com Dados Estatísticos do Manual*

Dimensão	Total	Média da população geral	D.P	Média perturbações mentais	D.P
Somatização	1.00	0.573	0.916	1.355	1.004
Obsessões-Compulsões	0.33	1.290	0.878	1.924	0.925
Sensibilidade Interpessoal	0.25	0.958	0.727	1.597	1.033
Depressão	1.00	0.893	0.722	1.828	1.051
Ansiedade	1.17	0.942	0.766	1.753	0.940
Hostilidade	0.80	0.894	0.784	1.411	0.904
Ansiedade Fóbica	0.00	0.418	0.663	1.020	0.929
Ideação Paranoide	1.00	1.063	0.789	1.532	0.850
Psicoticismo	0.80	0.668	0.614	1.403	0.825
Índice Geral de Sintomas (IGS)	0.8	0.835	0.480	1.430	0.705
Total de Sintomas Positivos (TSP)	30	26.993	11.724	37.349	12.166
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	1.4	1.561	0.385	2.111	0.595

A partir da tabela do BSI apresentada, é possível verificar que as dimensões mais importantes, comparando com a população geral, são: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal e ansiedade.

Jorge apresenta uma pontuação acima da média da população geral, na Somatização (1.00). Isso sugere que está bastante focado em queixas físicas ou desconfortos corporais, sem uma explicação médica aparente.

Na dimensão das Obsessões-Compulsões (0.33), a pontuação de Jorge está abaixo da média da população geral, indicando que não apresenta sintomas obsessivo-compulsivos significativos.

No que respeita à dimensão da Sensibilidade Interpessoal (0.25), tem uma pontuação muito abaixo da média da população, o que sugere que Jorge não demonstra dificuldades expressivas relacionadas à autoestima ou às interações sociais.

Considerando a dimensão da Ansiedade (1.17), apesar de apresentar uma pontuação ligeiramente acima da média da população geral, pode indicar que Jorge enfrenta sintomas de ansiedade que podem interferir no seu bem-estar.

Quanto às restantes dimensões, observam-se pontuações dentro da média da população geral, sendo que não apresenta sintomas obsessivo-compulsivos significativos, sintomas depressivos graves, níveis elevados de raiva ou agressividade, sintomas relacionados a medos intensos e irracionais, sintomas psicóticos significativos e pensamentos paranoides.

Quanto ao Índice Geral de Sintomas (IGS), a pontuação sugere que Jorge experencia sintomas leves a moderados. Já no Total de Sintomas Positivos (TSP), a pontuação está dentro de um intervalo típico para pessoas sem perturbações graves. Por fim, no Índice de Sintomas Positivos (ISP), a pontuação de Jorge é mais baixa do que a média de pessoas com perturbações mentais, sugerindo que, embora ele tenha alguns sintomas, eles não são tão intensos quanto nos casos clínicos mais graves.

Portanto, Jorge demonstra sintomas relacionados, principalmente à somatização e à ansiedade, com menor intensidade em áreas como depressão e ideação paranoide. No geral, os seus sintomas parecem estar na faixa leve a moderada, sem indícios de condições psicóticas ou obsessivo-compulsivas.

3.2.8. Discussão do Caso

Jorge apresentava sintomas gastrointestinais persistentes sem explicação médica aparente, acompanhados por sofrimento psicológico significativo. Os resultados dos instrumentos de avaliação psicológica (CAQ e BSI) indicaram preocupações somáticas marcadas, tendência ao isolamento e níveis de ansiedade ligeiramente acima da média. Além disso, há histórico de diagnóstico recente de Parkinson, um evento que impactou profundamente o seu estado emocional, como descrito na anamnese.

Diagnósticos de doenças crônicas, como Parkinson, frequentemente coexistem com sintomas de depressão e ansiedade (Meleiro, 2018).

Os resultados do CAQ indicaram uma pontuação elevada na escala de D1 (Hipocondria), que reflete uma preocupação significativa com alterações nas funções corporais. Esta preocupação encontra-se em sintonia com a dimensão de somatização do BSI, onde Jorge apresentou pontuação acima da média (1.00). A literatura corrobora a relação entre somatização, ansiedade e contextos de sofrimento emocional (Sadock et al., 2017; Bastos et al., 2014). Além disso, o diagnóstico de Parkinson, associado à percepção de uma qualidade de vida reduzida, pode amplificar esta tendência (Meleiro, 2018).

A escala D7 (Apatia-Retirada) do CAQ também apresentou uma pontuação elevada, indicando isolamento social e falta de motivação. Este comportamento pode estar relacionado à experiência de perda de autonomia e mudanças no estilo de vida devido à reforma recente e à progressão da doença de Parkinson. A literatura sobre perturbação depressiva destaca que sintomas como apatia e retraimento social são comuns em quadros de depressão, especialmente na população idosa (Zenebe et al., 2021).

Apesar de Jorge apresentar ansiedade ligeiramente elevada no BSI (1.17), ela não

atinge níveis clínicos graves. No entanto, a presença de sintomas ansiosos pode ser exacerbada por preocupações relacionadas à saúde e ao impacto das suas limitações físicas na rotina diária. Segundo Frota et al. (2022), a ansiedade é definida como um estado de apreensão ou antecipação de perigos ou eventos futuros desfavoráveis, acompanhado por um sentimento de preocupação, desconforto ou sintomas somáticos de tensão. Contudo, quando resulta num sofrimento ou prejuízo funcional significativos, considera-se ansiedade patológica.

Existe uma relação entre somatização, ansiedade e contextos de sofrimento emocional (Sadock et al., 2017; Bastos et al., 2014).

Os sintomas somáticos, também presentes nos estados depressivos (Bastos et al., 2014) e incluem perturbações do sono, como insónias ou hipersónias, alterações do apetite ou do peso corporal, sensação de pouca energia ou adinamia, perda da libido, alterações do ciclo menstrual e obstipação (Bastos et al., 2014; Dobrek & Głowacka, 2023). No caso de Jorge, os problemas gastrointestinais poderão estar relacionados com a ansiedade e com a depressão. Contudo, os valores dos resultados nos testes não são suficientes para afirmar que Jorge tem uma dessas perturbações.

Além disso, a coexistência de sintomas depressivos e de ansiedade em condições como Parkinson é amplamente documentada (Turner, 2024; Dobrek & Głowacka, 2023). Esses fatores reforçam a necessidade de uma intervenção integrativa que contemple tanto aspetos psicológicos quanto psicossociais.

Embora o acompanhamento de Jorge tenha consistido em apenas seis sessões, observou-se uma melhoria significativa nos sintomas num curto espaço de tempo, o que levou a equipa médica a reconsiderar o seu quadro clínico no final, acreditando na possibilidade de um quadro de mania. No entanto, durante as sessões, não identifiquei sintomas típicos de mania. O que me chamou à atenção foi uma mudança repentina na sua forma de pensar, referindo que precisava de aceitar a sua situação e ignorá-la.

Por fim, o caso de Jorge reflete uma interação entre sintomas somáticos e emocionais, possivelmente exacerbados pelo diagnóstico de Parkinson e pelas mudanças associadas ao seu estilo de vida, mas os resultados dos instrumentos de avaliação não permitem confirmar uma perturbação ansiosa ou depressiva específica.

Parte IV. CONCLUSÃO

4.1. Conclusão e Reflexão sobre o Estágio Curricular

Começo por escrever esta conclusão, referindo que este estágio me ensinou que ser psicólogo é estar presente, genuinamente, em cada interação. É saber que, muitas vezes, as mudanças mais significativas acontecem nas pequenas conquistas, mas o mais importante é a criação de uma relação terapêutica genuína e empática, onde o paciente se sente ouvido e não julgado.

Tive de lidar com as minhas próprias inseguranças, com o medo de falhar e de não saber como agir. Mas este percurso mostrou-se gratificante, por ter conhecido um pouco mais do mundo da psicologia, por ter aprendido com os pacientes e com os meus erros. Além disso, este estágio reforçou a minha paixão pela psicologia e pelo impacto transformador que ela pode ter.

O acompanhamento de Helena, em particular, foi uma vivência intensa, que me permitiu aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da minha formação, ao mesmo tempo que me desafiou a lidar com a complexidade do sofrimento humano de forma empática e sensível. Ao longo das sessões, fui confrontada com as dificuldades de trabalhar com uma paciente que apresentava sintomas de depressão, como a apatia, a perda de interesse nas atividades diárias e a baixa autoestima. Esses sintomas, além de caracterizarem o seu quadro clínico, também se refletiam nas interações terapêuticas, tornando o processo mais lento e, por vezes, desafiador. A partir dos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, como a compreensão empática, a consideração positiva incondicional e a congruência, acredito que, foi possível criar um ambiente onde Helena se sentisse compreendida e não julgada.

O processo terapêutico de Helena também me desafiou a lidar com as minhas próprias emoções e reações perante o seu sofrimento. A congruência, foi uma constante reflexão no meu trabalho. A prática de ser genuína e transparente na relação terapêutica é algo que requer constante atenção e autoconhecimento, pois o profissional deve estar consciente dos seus sentimentos e da sua postura, garantindo que não interfiram negativamente no processo.

A dinamização dos grupos de competências emocionais, sociais e de psicoeducação revelou-se um desafio significativo, exigindo uma elevada capacidade de adaptação e paciência. A diversidade dos quadros clínicos presentes impunha a necessidade de partilhar a informação de forma clara e acessível, ao mesmo tempo que se procurava estabelecer um ambiente harmonioso nas sessões.

No grupo de regulação emocional, o trabalho foi ainda mais desafiador devido às limitações cognitivas e comportamentais das participantes. Momentos de desabafo ou de expressões emocionais intensas, embora desafiadores, proporcionaram oportunidades significativas de trabalho terapêutico, reforçando a importância da empatia e da aceitação incondicional.

Um dos desafios significativos enfrentados durante o estágio foi a falta de abertura para adaptar os temas trabalhados nos grupos às necessidades específicas dos participantes, pois era necessário seguir as diretrizes propostas pelo orientador de estágio. Contudo, mesmo os temas não sendo inteiramente escolhidos pelos participantes, procurei, sempre que possível, criar um ambiente acolhedor e compreensivo, permitindo que os membros dos grupos se expressassem livremente e encontrassem algum valor no que era abordado. Esse esforço garantiu que, mesmo com as limitações impostas, a Abordagem Centrada na Pessoa fosse seguida.

Gostaria também de salientar a necessidade de uma melhor articulação e comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes. Na minha experiência, houve situações em que a falta de acesso a informações relevantes dificultou o planeamento e a gestão das minhas atividades. Por exemplo, tomei conhecimento de que os pacientes iriam ter alta apenas porque os próprios me informaram, o que gerou ansiedade e limitou o tempo disponível para preparar adequadamente o término dos acompanhamentos.

Outro exemplo ocorreu durante o acompanhamento de Helena, que estava a realizar tratamentos de eletroconvulsivoterapia. Tomei conhecimento dos tratamentos porque ia ter uma sessão com ela e não estava, o que me levou a procurar os enfermeiros para obter informações sobre os horários das sessões e, assim, conseguir ajustar o acompanhamento. Embora compreenda que o acesso a determinados dados médicos seja restrito, senti que a comunicação poderia ser mais fluida, de forma a garantir uma maior eficácia no planeamento das intervenções psicológicas e no atendimento às necessidades dos pacientes. Não tenho certeza de onde se deu a falha na transmissão dessas informações ou se seria esperado que eu as procurasse por iniciativa própria. No entanto, considero que uma comunicação mais estruturada e integrada entre os profissionais teria sido benéfica para otimizar a minha atuação e, principalmente, para assegurar um cuidado mais consistente e coordenado aos utentes.

Adicionalmente, considero que o número de casos de acompanhamento psicológico a que fui atribuída durante o período de estágio foi insuficiente. De facto, ao

longo de todo o período de estágio, tive apenas um caso de acompanhamento e um caso de avaliação. A maior parte do tempo foi dedicada à realização de atividades nos grupos de competências emocionais, sociais e de psicoeducação e de regulação emocional. Ademais, foi-me atribuído um caso em que, ao estabelecer contacto com o utente, o mesmo informou-me estava prestes a obter alta clínica. Gostaria de ter tido a oportunidade de acompanhar mais casos, pois acredito que a experiência teria sido mais enriquecedora e poderia ter realizado intervenções mais consistentes. Embora reconheça e valorize o trabalho desenvolvido nos grupos, confesso que fiquei um pouco desiludida.

A realização deste estágio numa clínica psiquiátrica proporcionou uma experiência enriquecedora, destacando a complexidade e os desafios associados ao cuidado de pacientes com perturbações mentais.

Reconheço também a importância de uma abordagem multidisciplinar no cuidado em saúde mental, pois a perspetiva de várias áreas do conhecimento é essencial para abordar questões que não podem ser completamente compreendidas ou resolvidas por uma única disciplina e estimula novas ideias e soluções. Isto vai permitir uma compreensão, diagnóstico e tratamento mais eficaz e holístico para o paciente.

Por fim, este estágio representou uma experiência gratificante, especialmente ao perceber a confiança que alguns pacientes desenvolveram comigo. No final, os pacientes procuravam um momento para serem ouvidos e sentir que podiam contar com alguém. Durante o percurso, tive o privilégio de ouvir relatos de vida marcantes, desde os mais jovens até os mais velhos, histórias que me impactaram de uma forma indescritível e que certamente levo comigo para a vida.

Este foi o meu primeiro contacto prático com pessoas em contexto clínico, realizado numa clínica psiquiátrica com pacientes com diversas perturbações. Os dias nem sempre foram fáceis, quer durante os acompanhamentos individuais e a dinamização de grupos, quer no simples facto de estar no corredor, ouvir alguém ou ser abordada. Em cada interação, procurei manter o máximo respeito por todos os presentes na instituição e posicionar-me sempre ao lado dos pacientes, com empatia e dedicação. Esta vivência reforçou em mim o compromisso com a profissão e a importância de valorizar o ser humano em todas as suas dimensões.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5. ed). Artmed.
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5. ed., texto revisado). Artmed.
- American Psychiatric Association. (2023). *Electroconvulsive therapy (ECT)*. from <https://www.psychiatry.org/patients-families/ect>
- Araújo, O. L., Feijó, P. L., Luz, I., Hernandez, C. C., Augustus, J., Bold, J., & Williams, B. (2019). *An introduction to mental health*. SAGE Publications.
- Axline, M. V. (1973). *Dibs: em busca de si mesmo*. Círculo do Livro.
- Bastos, L., Ferreira, D., & Guerra, A. (2014). Perturbação Depressiva. In Figueira, L. M., Sampaio, D., & Afonso, P. (Eds.). *Manual de Psiquiatria Clínica* (1. ed., pp. 53-78). LIDEL.
- Boamah, D. A., Barbee, A. P., & Cunningham, M. (2023). Predictors of secondary traumatic stress among intellectual and developmental disabilities workforce: An examination of risk and protective factors. *Traumatology*, 29(2), 149–162. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/trm0000414>
- Braga, T. D., Vivan S. A., & Passos, C. I. (2024). O que é a depressão?. In Braga, T. D., Vivan, S. A., & Passos, C. I. (Orgs.) *Vencendo a depressão: manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Artmed.
- Brown, N. (2018). *Psychoeducational Groups – Process and Practice* (4. ed). Routledge.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Quarteto Editora.
- Compas. E. B., & Gotlib, H. I. (2002). *Introduction to Clinical Psychology: Science and Practice*. McGraw-Hill

- Costa, M. J. (2017). *Psicofarmacologia*. Editora e Distribuidora Educacional
- DeGeorge, K. C., Grover, M., & Streeter, G. S. (2022). Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *American family physician*, 106(2), 157–164.
- Dias, R. I. R., Rocha, B. S. E. M., Siqueira, P. A., Leite, M. A., Gomes, S. K. G., Labs, M. V. A., Bastos, S. R. A., Bezerra, C. F., Andrade, P. R., Palma, L. G. L. A., Regis, A. F. A., & Souza, C. P. (2023). Saúde mental: intervenções multidisciplinares no tratamento e diagnóstico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 5. 2329-2337. 10.36557/2674-8169.2023v5n5p2329-2337.
- Dobrek, L., & Głowacka, K. (2023). "Depression and Its Phytopharmacotherapy—A Narrative Review" *International Journal of Molecular Sciences*, 24(5): 4772. <https://doi.org/10.3390/ijms24054772>
- Farhane-Medina, Z. N., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4). <https://doi.org/10.1177/00368504221135469>
- Faria, C., Brites, R., Paulino, M., & Silva, F. (2020). *Intervenção em psicologia clínica*. Pactor.
- Farreras, I. (2013). History of mental illness. https://www.researchgate.net/publication/270703724_History_of_mental_illness
- Ferreira, T. R. V., & Mousquer, N. (2004). Observação em Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia da Unc*, 2(1), 54-61
- Fonseca, A. M. (2021). *Introdução à psicofarmacologia e noções de tratamento farmacológico*. Editora Scorteccei
- Frota, J. I., Fé, M. C. A. A., Paula, M. T. F., Moura, S. G. E. V., & Campos, M. E. (2022). Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *J Health Biol Sci*, 10(1):1-8. 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. EDIUAL.

- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ]. (s.d.). Lisboa: *Clinica Psiquiátrica de São José*. <https://irmashospitaleiras.pt/unidade-de-lisboa/>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ]. (s.d.). *Modelo Assistencial Hospitaleiro*. <https://irmashospitaleiras.pt/modelo-assistencial/>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ]. (s.d.). *Missão e Valores*. <https://irmashospitaleiras.pt/missao-e-valores/>
- Krug, E. S. (1997). *Manual do Questionário de Análise Clínica (CAQ)* (A. F. Barros & A. M. Rocha, Adapts.). CEGOC-TEA.
- Lemes, C., & Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em psicologia*, 25(1), 17-28
- Lima, B. C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento: Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção* (1. ed.). LIDEL.
- Lima, S. L., Melo, C. N. A., Lima, V. R. F., Santos, M. R. G., Menezes, F. R. M., Félix, S. B. M., Morais, A. J. A., Paiva, P. J., & Martiniano, S. G. F. (2024). Saúde Mental da Equipe Multidisciplinar: desafios, características e meios de prevenção dos transtornos. *Revista Foco*. 17. e5716. 10.54751/revistafoco.v17n8-044.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2. ed.) Guilford Press
- Lopes, B. A., Souza L. L., Camacho, F. L., Nogueira, F. S., Vasconcelos, C. M. C. A., Paula, T. L., Santos, O. M., Atavila, P. F., Cebarro, F. G., & Fernandes, B. W. R. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 35, e8773. <https://doi.org/10.25248/reac.e8773.2021>
- Mayers, T. S., & Mwale, L. A. (2018). *Becoming a clinical psychologist : everything you need to know* (1. ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315268453>
- Mendes, L. S., Nakano, T. de C., Silva, I. B., & Sampaio, M. H. de L. (2013). Conceitos de avaliação psicológica: conhecimento de estudantes e profissionais. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 33(2), 428–445. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200013>

- Ménéchal, J. (2005). *Introdução à Psicopatologia*. CLIMEPSI Editores.
- Moitra, M., Owens, S., Hailemariam, M., Wilson, K. S., Mensa-Kwao, A., Gonesse, G., Kamamia, C. K., White, B., Young, D. M., & Collins, P. Y. (2023). Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going. *Current psychiatry reports*, 25(7), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01426-8>
- Motta, S. D. F., Signori, M. G., & Passos, C. I. (2024). Intervenções farmacológicas para depressão. In Braga, T. D., Vivan, S. A., & Passos, C. I. (Orgs.) *Vencendo a depressão: manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Artmed.
- Narmandakh, A., Roest, M.A., de Jonge, P., & Oldehinkel, J. A. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1969–1982. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3>
- Nunes. O. (1994). *Psicoterapia de tempo limitado e terapia centrada no cliente*. Disponível em <http://hdl.handle.net/11144/4113>
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2023). How can psychoeducation help in the treatment of mental disorders?. *Estudos De Psicologia*, 40, e190183. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e190183>
- Oliveira, S. E. S., & Trentini, M. C. (2023). *Avanços em psicopatologia: Avaliação e diagnóstico baseados na CID-11*. Artmed.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). *O Papel do Estágio e da Supervisão no Desenvolvimento Profissional do Psicólogo*. Disponível em: https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/papel_estg_e_supervisao.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). Chegou a Hora, Especialidades. *PSIS 21*. p. 9. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_especialidade_s_final.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Análise Crítica OPP - Acerca da Distinção*

entre Estágio Curricular/académico e Estágio Profissional em Psicologia.

Disponível

em:

https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/distin_o_est_gio_curricular_est_gio_profissional.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). *Intervenção Psicológica junto de Pessoas com Deficiência – Recomendações para a Prática Profissional*. Disponível em: https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/intervencao_psicologica_pe_ssoas_com_deficiencia.pdf

Papalia, E. D., & Feldman, D. R. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed.). AMGH Editora Ltda. <https://archive.org/details/desenvolvimento-humano/page/345/mode/2up>

Patel, R. D., Cabral, D. M., Ho, A., & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational pediatrics*, 9(1), S23–S35. <https://doi.org/10.21037/tp.2020.02.02>

Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Climepsi Editores.

Peixoto, B. A., Correia, M. L., Bessa, J. (2018). Psicofarmacologia na depressão. In Afonso, P., Figueira, L. M., Teixeira, M. J., & Palha, P. A. (Eds.), *Manual de Psicofarmacologia na Prática Clínica* (1ª ed., pp. 69-84). LIDEL.

Plante, T. G. (2005). *Contemporary Clinical Psychology* (2. ed.). John Wiley & Sons.

Prinstein, J. M., Youngstrom, A. E., Mash, J. E., & Barkley, A. R. (2021). *Treatment of Disorders in Childhood and Adolescence* (4. ed). The Guildford Press.

Rapee, M. R., Creswell, C., Kendall C. P., Pine, S. D., & Waters M. A. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 168, 104376. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>.

Ribeiro, E., & Laneiro, T. (2019). Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Compreensão do Aconselhamento Psicológico (Counselling). *Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva*, 5(2), 2-12.

Robinson J. O., Pike, C. A., Cornwell, B., & Grillon, C. (2019). The translational neural

- circuitry of anxiety. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 90(12), 1353–1360. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321400>
- Rogers, R. C., & Wallen, L. J. (1946). *Manual de Counselling*. Encontro Editora.
- Rogers, R. C. (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, R. C., & Rosenberg, L. R. (1977). *A pessoa como centro*. Edições EPU.
- Rogers, R. C. (1997). *Tornar-se Pessoa*. 5a ed. Martins Fontes
- Rondón, E. J. (2018). Depression: A Review of its Definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5. 10.15406/mojamt.2018.05.00082.
- Saad, E. A. M., & Eladl, M. A. (2019). Defining and Determining Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder): Insights from DSM-5. *International Journal of Psycho-Educational Sciences*, 8(1). 51-54.
- Sadock, J. B., Sadock, A. V., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (11. ed.). Artmed.
- Santos, M. A, Rogers, R. C., & Bowen, V. C. M. (1987). *Quando fala o coração: A essência da psicoterapia centrada na pessoa*. Artes Médicas.
- Silva, D. J., & Oliveira, S. D. (2013). Reflexão conceitual e empírica da importância dos instrumentos de entrevista inicial: anamnese e genograma. *Anais da VII Mostra de Iniciação Científica do CESUCA*, 1(7).
<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac>
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental [SPPSM]. (s.d.). *Perturbações depressivas ou depressões*. Acedido em agosto de 2024, em: <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacoes-depressivas-ou-depressoos/>
- Sousa, F. P. L. (2018). *Interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e multidisciplinaridade: reflexões teóricas sobre a prática escolar*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual da Paraíba].
- Stahl, M. S. (2014). *Psicofarmacologia* (4. ed). Guanabara Koogan.

- Stahl, M. S. (2014). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas* (4. ed.). Guanabara Koogan.
- Srivastava, P., & Panday, R. (2017). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4, 123-130. 10.25215/0401.153.
- Stubbendorff, C., & Stevenson W. C. (2020). Dopamine regulation of contextual fear and associated neural circuit function. *European Journal of Neuroscience*, 54: 6933–6947. <https://doi.org/10.1111/ejn.14772>
- Subha Subramanian, S., Ruthzaine L., Zorumski, F. C., & Cristancho, P. (2022). Electroconvulsive therapy in treatment resistant depression. *Journal of the Neurological Sciences*, 434, <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.120095>.
- Tassé, J. M., & Mehling, M. (2017). Mental Retardation [Intellectual Disability]: Historical Changes in Terminology. *The SAGE encyclopedia of intellectual and developmental disorders*. Sage Publications. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314281801_Mental_Retardation_Intellectual_Disability_Historical_Changes_in_Terminology
- Tassé, J. M. (2017). Adaptive Behavior. In Shogren, A. K., Wehmeyer, L. M., & Singh, N. N. (Eds.), *Handbook of positive psychology in intellectual and developmental disabilities: Translating research into practice*. Springer. <https://www.researchgate.net/publication/314281841>
- Trindade, I., & Teixeira, C. J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 18, 3-14. 10.14417/ap.418.
- Tsai, J., Huang, M., & Lindsey, H. (2021). Perceptions and knowledge related to electroconvulsive therapy: A systematic review of measures. *Psychological Services*, 18(2), 227–236. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/ser0000393>
- Turner, M. (2024). Neurobiological and psychological factors to depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/13651501.2024.2382091>

- Werner, S., & Abergel, M. (2018). What's in a label? The stigmatizing effect of intellectual disability by any other name. *Stigma and Health*, 3(4), 385–394. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/sah0000108>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018) ICD-11 Reference Guide. Disponível em: <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html#part-1-an-introduction-to-icd11>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Depressive disorder (depression)*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* 20(55). <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375->

[X](#)