



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

ACOMPANHAMENTO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM
FOCO NA PSICOPATOLOGIA EM POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA:
UM OLHAR HUMANISTA

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

Autora: Rita Gonçalves Fronteira Monteiro da Silva

Orientador: Professor Doutor Samuel Silvestre Antunes

Número da candidata: 30005669

Abril de 2025

Lisboa

Agradecimentos

A conclusão deste percurso acadêmico não teria sido possível sem o apoio incondicional daqueles que estiveram sempre ao meu lado nos momentos mais desafiantes.

Em primeiro lugar, quero expressar a minha mais profunda gratidão à minha mãe, pelo amor, pela paciência e por nunca deixar de acreditar em mim. O seu apoio inabalável, as suas palavras de incentivo e o seu sacrifício diário foram essenciais para que eu conseguisse chegar até aqui, sem ela nada disto seria possível.

À minha avó, agradeço de coração por todo o carinho e força que me transmitiu ao longo destes cinco anos. A sua sabedoria e os seus gestos de amor foram um pilar fundamental nesta caminhada.

Ao meu primo, Manuel, um obrigado especial, não apenas como primo, mas como um verdadeiro irmão, pela forma como soubeste dar-me força quando duvidei de mim, pelas conversas que me trouxeram clareza nos momentos de incerteza e pela tua capacidade de me fazer rir mesmo nos dias mais difíceis. O teu apoio foi um refúgio, a tua amizade um presente e a tua confiança em mim uma motivação constante para seguir em frente.

Por fim, não poderia deixar de dedicar uma nota aos meus amigos, que tornaram esta jornada mais leve com a sua companhia e amizade. Obrigado por cada momento de partilha, pelas palavras de encorajamento e por nunca me deixarem desistir.

Este caminho foi desafiador, mas ter-vos ao meu lado tornou tudo mais significativo. A todos vocês, o meu mais sincero obrigado.

Resumo

O presente estágio é inserido no âmbito do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, desenvolvido pela Universidade Autónoma de Lisboa, o qual teve lugar durante o ano letivo de 2023/2024.

A integração deste estágio no mestrado é fundamental e permitirá aos alunos adquirir experiência na sociedade, permitindo-lhes aplicar os conhecimentos teóricos que adquiriram durante a sua formação académica. Esta etapa representa um grande desafio e uma oportunidade de dimensão significativa para permitir o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e interpessoais que serão essenciais para as mais diversas funções no domínio da psicologia clínica e do aconselhamento.

O estágio curricular, conta com um total de 400 horas presenciais, distribuídas por dois semestres. O período de estágio teve início a 25 de outubro de 2023 e terminou a 14 de junho de 2024, decorrendo ao longo de oito meses. Tive a oportunidade de receber orientação de um dos psicólogos da clínica que me acompanhou e esclareceu dúvidas que surgiam no estágio, beneficiei, ainda, da supervisão no contexto de sala de aula nas unidades curriculares de Seminário de Estágio I e II, com as professoras Dra. Odete Nunes e Dra. Rute Brites.

Entre as diversas atividades realizadas durante o estágio, destaco o acompanhamento e avaliação de dois casos na Clínica, por considerar ser o aspeto mais relevante de todo o estágio. A abordagem teórica adotada foi a Abordagem Centrada na Pessoa, ainda que esta não fosse a metodologia predominante utilizada pelos psicólogos da instituição. Trabalhar com adultos e idosos revelou-se uma experiência enriquecedora, que permitiu combater preconceitos e, consequentemente, desenvolver novas perspectivas sobre este grupo de pessoas da mesma idade,

Palavras-chave: Psicologia clínica; Papel do psicólogo clínico; Perturbações de personalidade; Perturbações depressivas; Abordagem Centrada na Pessoa.

Abstract

This internship is part of the second year of the Master's in Clinical Psychology and Counseling, developed by the Autonomous University of Lisbon, which took place during the 2023/2024 academic year.

The integration of this internship into the master's degree is fundamental and will allow students to gain experience in society, allowing them to apply the theoretical knowledge they acquired during their academic training. This stage represents a major challenge and a significant opportunity to develop the technical, ethical and interpersonal skills that will be essential for the most diverse roles in the field of clinical psychology and counseling.

The curricular internship has a total of 400 classroom hours, spread over two semesters. The internship began on October 25, 2023 and ended on June 14, 2024, lasting eight months. I had the opportunity to receive guidance from one of the clinic's psychologists, who accompanied me and clarified any doubts that arose during the internship. I also benefited from classroom supervision in the Internship Seminar I and II curricular units, with professors Dr. Odete Nunes and Dr. Rute Brites.

Among the various activities carried out during the internship, I would like to highlight the monitoring and assessment of two cases at the Clinic, as I consider this to be the most important aspect of the entire internship. The theoretical approach adopted was the Person-Centered Approach, even though this was not the predominant methodology used by the psychologists at the institution. Working with adults and the elderly proved to be an enriching experience, which allowed us to combat prejudices and, consequently, develop new perspectives on this group of people of the same age,

Keywords: Clinical psychology; Role of the clinical psychologist; Personality disorders; Depressive disorders; Person-centered approach.

Índice

Introdução	8
Parte I. Contextualização de estágio	
1.1. Caracterização do local de estágio	10
1.2. O papel dos psicólogos e os seus objetivos	11
1.3. O papel dos psicólogos na clínica	12
Parte II. Revisão de literatura	
1.1. Perturbações recorrentes no local de estágio	15
1.2. Perturbações de personalidade	15
1.2.1. Definição e sintomatologia	16
1.2.2. Etiologia	19
1.2.3. Epidemiologia	20
1.2.4. Neurobiologia	22
1.2.5. Farmacologia	23
1.3. Perturbações depressivas	24
1.3.1. Definição e sintomatologia	25
1.3.2. Etiologia	27
1.3.3. Epidemiologia	28
1.3.4. Neurobiologia	29
1.3.5. Farmacologia	30
1.4. Abordagem Centrada na Pessoa	30
1.4.1. Tendência Atualizante	35
1.4.2. Não diretividade	36
1.4.3. Condições necessárias e suficientes	37
1.4.4. A teoria da personalidade	39
1.4.5. A Pessoa Totalmente Funcionante	41
1.4.6. Desenvolvimento terapêutica na abordagem centrada na pessoa	42
1.4.7. Atitudes do terapeuta	42
Parte III. Trabalho de estágio	
1. Objetivos	46
1.1. Objetivos gerais	46
1.2. Objetivos específicos	46
2. Atividades desenvolvidas no estágio	46
2.1. Observação clínica	47

2.2. Participação em reuniões multidisciplinares	48
2.3. Participação em grupos terapêuticos de apoio	48
2.3.1. Perturbações bipolares	49
2.3.2. Mindfulness	52
2.3.3. Regulação emocional	53
2.3.4. Estratégias de tolerância ao stress	54
2.4. Preparação dos grupos terapêuticos de apoio	56
Parte IV. Apresentação e discussão de casos	
1. Caso de acompanhamento	57
1.1. Anamnese clínica	57
1.2. Observação	63
1.3. Desenvolvimento psico-afetivo	65
1.3.1. Análise do desenvolvimento psico-afetivo de Joana	66
2. Caso de avaliação	68
2.1. Anamnese clínica	68
2.2. Observação	71
2.3. Brief Symptom Inventory (BSI)	72
2.3.1. Resultados da aplicação do BSI	74
2.3.2. Interpretação dos resultados	76
2.4. Clinical Analysis Questionnaire (CAQ)	79
2.4.1. Resultados da aplicação do CAQ	82
2.4.2. Interpretação dos resultados	84
Parte V. Conclusão/Reflexão Pessoal	86
Referências bibliográficas	88

Lista de Tabelas

Tabela 1. Resultados do BSI

Tabela 2. Índices do BSI

Tabela 3. Comparação dos resultados da Maria com a média da população geral portuguesa

Tabela 4. Resultados do CAQ

Lista de anexos

Anexo I Consentimento informado

Anexo II Folha de Resultados do BSI

Anexo III Folha de Resultados do CAQ

Anexo IV Folha de Perfil do CAQ

Lista de abreviaturas

APA - American Psychological Association

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

PBP - Perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade

RIPA - Resposta Integrada em Perturbações Alimentares

PB - Perturbações Bipolares

DBT - Terapia Comportamental Dialética

PDM - Perturbação Depressiva Major

5-HT - Serotonina

OMS - Organização Mundial de Saúde

DA - Dopamina

NE - Noradrenalina

ISRS - Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

IMAO - Inibidores da Monoamino-oxidase

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa

PSPT - Perturbação de Stress Pós-traumático

HPA - Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

AT - Antidepressivos Tricíclico.

Introdução

O presente trabalho apresenta o relatório de estágio curricular inserido no segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa no ano letivo de 2023/2024. O estágio decorreu numa clínica psiquiátrica, situada na Grande Lisboa e que serve uma população mista de adultos e idosos.

Inicialmente, será apresentada uma descrição do local de estágio, com o objetivo principal de fornecer um enquadramento sobre a clínica, relativamente à sua estrutura organizacional, às especialidades disponíveis e ao funcionamento da equipa multidisciplinar que desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar dos utentes.

Será, ainda, abordado o papel do psicólogo na prática clínica em geral e na instituição clínica onde o estágio foi efetuado. Posteriormente a esta secção, será realizada uma revisão da literatura no que diz respeito aos tópicos pertinentes para este relatório, com especial incidência nas perturbações da personalidade e nas perturbações depressivas, as quais serão manifestadas nos estudos de casos revelados posteriormente. Para além disso, irei apresentar, com alguma profundidade, a Abordagem Centrada na Pessoa que foi o modelo teórico primário utilizado no decorrer deste estágio.

Após a revisão bibliográfica, será descrito o trabalho desenvolvido durante os oito meses de estágio, onde irei abordar a observação clínica (uma parte fundamental dos primeiros meses do estágio), a presença em reuniões multidisciplinares e a participação e coordenação em grupos terapêuticos, onde farei uma breve exposição dos temas abordados, mais uma vez recorrendo à pesquisa de bibliografia para que exista o maior rigor possível.

No cerne do relatório, irei apresentar dois casos clínicos: um de acompanhamento psicológico e outro de avaliação psicológica, garantindo a confidencialidade das utentes envolvidas. Para cada caso, será descrita a anamnese clínica com as informações que foram possíveis de retirar, bem como as conclusões de uma observação contínua do seu comportamento e postura durante as consultas. Relativamente ao caso de acompanhamento, será discutido à luz da teoria do Professor João Hipólito (Desenvolvimento Psico-Afetivo). Enquanto que, no caso de avaliação, para além da anamnese e da observação, irei apresentar os dois questionários aplicados à utente, de modo a ser possível de fazer uma análise mais aprofundada, tanto do seu funcionamento como dos seus sintomas, os questionários selecionados foram o BSI (*Brief Symptom Inventory*) e ainda o CAQ (*Clinical Analysis Questionnaire*), para cada um destes testes farei uma exposição dos resultados bem como a sua interpretação tendo em conta a anamnese da utente.

Por fim, o relatório termina com uma reflexão pessoal sobre a experiência do estágio, onde se discutem algumas aprendizagens fundamentais e as dificuldades enfrentadas durante o período de formação contínua.

Parte I Contextualização do estágio

1.1. Caracterização do local de estágio

A presente instituição é uma clínica psiquiátrica, fundada em 1956 na zona de Lisboa e tem como principais objetivos garantir a prestação de cuidados de saúde de excelência; incentivar a participação dos familiares ou representantes legais no suporte aos utentes; criar um ambiente seguro, acolhedor, humanizado, que promova a autonomia e a qualidade de vida; cultivar uma relação de serviço e compromisso humano com os utentes, baseada na qualidade e competência dos profissionais, com ênfase na formação contínua; implementar programas para aprimorar a eficiência operacional e a gestão clínica; estabelecer parcerias com instituições académicas para estágios curriculares, pré-profissionais e profissionais; e por fim, procuram estimular o respeito pelo meio ambiente e promover a responsabilidade social, no entanto não se limitam exclusivamente aos cuidados de saúde mental, incluindo ainda a reabilitação motora e os cuidados paliativos. (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], s.d., consultado em 27 de dezembro de 2023)

Esta instituição é reconhecida pela excelência na oferta de serviços especializados em Psiquiatria e Saúde Mental, Demências, Perturbações do Comportamento Alimentar e Reabilitação Psicossocial, disponibilizando atendimentos especializados em ambulatório, internamento e reabilitação, dando resposta maioritariamente à faixa etária acima dos 18 anos até aos seniores, com abertura de algumas exceções, por exemplo no caso das Perturbações do Comportamento Alimentar que, por norma, surgem antes da maioridade. (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], s.d., consultado em 27 de dezembro de 2023)

Na clínica, encontram-se oito unidades de internamento, organizadas por áreas de patologia: duas unidades de psicogeriatrica, duas unidades de longo internamento de psiquiatria, nas quais residem pacientes com perturbações como bipolaridade, esquizofrenia, entre outras, incapazes de conviver com as suas famílias ou em residências; duas unidades de internamento para debilidade intelectual, subdivididas em duas categorias – uma para pacientes extremamente graves, geralmente afetados por síndromes genéticas raros, incapazes de falar ou andar, e outra para casos de debilidade intelectual mais leve; finalmente, duas unidades de curto internamento destinadas a pacientes agudos. (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], s.d., consultado em 27 de dezembro de 2023)

A clínica oferece ainda dois serviços de ambulatório distintos: uma área dedicada à terapia ocupacional, que atende pacientes por meio de consultas externas e os envolve em atividades terapêuticas, permitindo-lhes regressar posteriormente ao seu domicílio. A segunda

área, denominada RIPA (Resposta Integrada em Perturbações Alimentares), foi implementada há aproximadamente um ano e consiste num hospital de dia que oferece duas modalidades de participação: algumas utentes frequentam exclusivamente o ambulatório, participando das atividades do hospital de dia de comportamento alimentar e retornando para casa após as sessões, enquanto outras, por razões logísticas ou devido a um risco significativo de não adesão ao tratamento, são hospitalizadas temporariamente. O internamento pode ainda ocorrer por motivos geográficos, como a distância da residência, ou devido a desafios específicos associados à fase avançada da doença, exigindo monitorização comportamental e contenção. (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], s.d., consultado em 27 de dezembro de 2023)

Para além dos serviços supracitados, esta clínica oferece ainda uma vasta equipa que opera de forma multidisciplinar incluindo profissionais de terapia ocupacional, de enfermagem, de serviço social, de fisioterapia e ainda o serviço pastoral. (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ], s.d., consultado em 27 de dezembro de 2023)

1.2. O papel dos psicólogos e os seus objetivos

A psicologia clínica dedica-se à análise, tratamento e compreensão de questões do foro psicológico e comportamental. Assim, a psicologia clínica direciona a sua atenção para o modo como a mente humana se relaciona com os elementos físicos, emocionais e sociais no contexto da saúde e disfunção. De acordo com a APA (2000, citado por Plante, 2005), a psicologia clínica procura aplicar os princípios da psicologia para obter compreensão mais profunda, uma previsão e um alívio dos vários elementos do funcionamento humano, como os relacionados à cognição, emoções, biologia, psicologia, interações sociais e comportamentais". A psicologia clínica refere-se ao domínio da ciência e práticas psicológicas que se dedicam à análise, tratamento e prevenção de dificuldades psicológicas, visando aprimorar a adaptação e o desempenho pessoal. Desta forma, a psicologia clínica aplica os seus conhecimentos sobre os fundamentos do comportamento humano com o propósito de auxiliar os indivíduos diante das diversas questões e inquietações que enfrentam ao longo da vida, ao abranger áreas como relacionamentos, emoções e saúde física. (Plante, 2005)

A prática da Psicologia Clínica deve ser vista como uma aplicação concreta que, ao mesmo tempo, incorpora uma variedade de teorias e métodos. (Brito, 2008)

O método clínico é uma linha orientadora de como o psicólogo deve agir e a mesma é determinante para proporcionar à sua prática e à sua ciência a possibilidade de construção de um conhecimento rigoroso e assente na evidência, assim, a padronização, por vezes, é uma

barreira da individualidade. Cabe ao psicólogo agir de acordo com a primeira preocupação essencial, ou seja, o estabelecimento da relação, com o benefício do cliente face a qualquer outro, até mesmo o da construção de conhecimento científico. Em síntese, a abordagem individualizada e a construção de uma relação sólida com o cliente devem ser priorizadas, mesmo face a considerações mais estritamente relacionadas à metodologia científica. (Faria et al., 2020).

Cada vez mais tem sido utilizada uma postura integradora por parte dos psicólogos clínicos, permitindo à ciência evoluir sob diferentes prismas, com contributos e focos distintos. Importa salientar a relevância em encontrar uma identidade profissional que dê sentido à atuação do psicólogo, permitindo “construir um conjunto de saberes, técnicas e competências integradas numa visão coerente do ser humano”, pois só assim é possível uma intervenção com sucesso (Faria et al., 2020).

1.3. Papel dos psicólogos na clínica

Relativamente à clínica psiquiátrica posteriormente apresentada, na sua estrutura profissional, é composta por três psicólogos, cada um com formação em abordagens distintas no âmbito da psicologia. Essa diversidade de abordagens surge da intenção de oferecer aos utentes uma intervenção mais abrangente, considerando as diversas facetas das necessidades psicológicas e emocionais. Cada psicólogo traz consigo especialidades únicas, que contribuem para uma equipa multidisciplinar que visa fornecer cuidados holísticos e personalizados. Esta sinergia de abordagens complementares procura atender às complexidades individuais de cada utente, promovendo um ambiente terapêutico enriquecedor e eficaz.

A primeira psicóloga é detentora de mestrado em gerontopsiquiatria, com formação em consulta psicológica e psicoterapia, desempenha diversas funções na clínica, sendo responsável pelas unidades de psicogeriatria no longo internamento nas unidades 1 e 4. Além disso, ela intervém em todas as unidades de curto internamento nas unidades 2 e 8. Esta psicóloga é gestora e psicóloga no projeto desenvolvido na área das perturbações do comportamento alimentar, conhecido como RIPA, que aborda questões como anorexia, compulsão alimentar e bulimia. Este projeto, destinado a pacientes que não necessitam de internamento, oferece uma intervenção abrangente, envolvendo uma equipa multidisciplinar composta por uma médica especialista em perturbações alimentares, uma médica psiquiátrica, enfermeiros, um terapeuta ocupacional, psicomotricistas e outras disciplinas. O projeto inclui várias atividades, como yoga, expressão artística, teatro, tai chi, grupos terapêuticos e terapia individual. Além disso, presta apoio no departamento de formação e está envolvida na gestão de projetos.

O segundo psicólogo adota uma abordagem cognitivo-comportamental e possui formação em psicoterapia e avaliação neuropsicológica. Este psicólogo desempenha as suas funções na consulta externa, onde realiza consultas psicológicas e avaliações neuropsicológicas. Além disso, contribui para as unidades de curto internamento, com ênfase em avaliações para diagnóstico diferencial. Essas avaliações visam identificar se as dificuldades cognitivas ou funcionais apresentadas por um utente estão relacionadas a depressão, demência ou outras condições. O plano de intervenção inclui atividades nas Unidades 2 (curto internamento), 7 (longo internamento) e 3 (longo internamento): na Unidade 2, realiza sessões duas vezes por semana, abordando aprendizagens de competências emocionais e sociais, além de conduzir um grupo psicoeducativo para proporcionar informações sobre diferentes patologias e estratégias para lidar com elas. Na Unidade 3, o grupo psicoeducativo é semelhante, mas com uma linguagem adaptada, considerando os possíveis défices cognitivos associados ao longo internamento. Na Unidade 7, especializada em deficiência intelectual, há um grupo de aprendizagem de competências emocionais e sociais adaptado à deficiência intelectual ligeira/grave. Este treino de competências é fundamentado pelo modelo de Marsha Linehan, de terapia comportamental dialética.

Por fim, a última psicóloga segue uma abordagem psicodinâmica nas suas intervenções e tem formação em psicoterapia, desempenha várias funções na clínica, incluindo atendimento na consulta externa. Além disso, realiza reuniões comunitárias nas Unidades 2 e 8, de modo a proporcionar uma oportunidade para ouvir as utentes, compreender as suas experiências na clínica e procurar formas de melhorar a qualidade do serviço prestado. Esta psicóloga está ainda envolvida no programa "Redescobrir" na Unidade 5, dedicada à psiquiatria de longa duração, predominantemente com diagnósticos de esquizofrenias graves. No final do projeto, conduz avaliações com as utentes para identificar as suas perspetivas e sugestões para o próximo ano. Além destas responsabilidades, colabora na Comissão de Ética e no Departamento de Formação, onde desempenha um papel crucial na integração de novos colaboradores e na formação de voluntários, contribuindo assim para a promoção de uma cultura de apoio e desenvolvimento na instituição.

A diversidade de abordagens psicológicas nesta clínica psiquiátrica pode ter vários impactos positivos nos utentes. A presença de psicólogos com diferentes especialidades e abordagens permite uma intervenção mais abrangente, ao considerar diversas necessidades psicológicas e emocionais. Esta sinergia de abordagens complementares visa atender às complexidades individuais de cada utente, promove um ambiente terapêutico enriquecedor e eficaz e contribui para uma equipa multidisciplinar, ao fornecer cuidados mais holísticos e

personalizados. Além disso, projetos específicos, como o RIPA, evidenciam, mais uma vez, a eficácia da intervenção multidisciplinar, ao oferecer uma gama de atividades terapêuticas que têm demonstrado resultados positivos. O envolvimento de diferentes unidades em programas especializados reforça a adaptação da abordagem psicológica às necessidades específicas de cada grupo de utentes, contribuindo assim para a qualidade e eficácia dos cuidados prestados na clínica.

1.1. Perturbações mais recorrentes no local de estágio

A realização deste estágio curricular deu a oportunidade de estar em contacto com inúmeras problemáticas e condições psicológicas, assim, optou-se por aprofundar as perturbações mais regulares no local de estágio, as quais são ainda as patologias manifestadas em ambos os casos acompanhados no decorrer do mesmo, nomeadamente, a perturbação de estado-limite da personalidade e a depressão.

No sentido de facilitar a compreensão da exposição dos casos apresentados à frente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de modo a contextualizar ambas as perturbações de um modo aprofundado.

1.2. Perturbações da Personalidade

Uma perturbação da personalidade é definida por apresentar um padrão duradouro e inflexível de comportamento e experiência interna que se desvia significativamente das expectativas culturais, tem o seu início na adolescência ou início da idade adulta, mantém-se estável ao longo do tempo e resulta em desconforto significativo ou prejuízo funcional. As principais áreas impactadas incluem: instabilidade emocional e desregulação afetiva associada a essa instabilidade, impulsividade, problemas com a identidade, uma sensação profunda de vazio interno, angústia relacionada a rejeição, separação e abandono, além de diversas alterações cognitivas. Também podem ocorrer pensamentos recorrentes sobre a morte, tentativas de suicídio, autocrítica e comportamentos autolesivos. Além disso, essas questões estão frequentemente acompanhadas por dificuldades e problemas variados nas relações interpessoais (APA, 2014; Melo, 2023).

As perturbações da personalidade incluídas no DSM-V englobam: perturbação paranóide da personalidade; Perturbação esquizóide da personalidade; perturbação esquizotípica da personalidade; perturbação antissocial da personalidade; perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade; perturbação histriónica da personalidade; perturbação narcísica da personalidade; perturbação evitante da personalidade; perturbação dependente da personalidade; perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade; alteração da personalidade devida a outra condição médica; e, por fim, perturbação da personalidade com outra especificação e perturbação da personalidade não especificada (APA, 2014).

As perturbações da personalidade estão agrupadas em três categorias com base em semelhanças descritivas. O Grupo A inclui as perturbações paranóide, esquizóide e

esquizotípica da personalidade, caracterizadas frequentemente por comportamentos estranhos ou excêntricos. O Grupo B abrange as perturbações antissocial, estado-limite (*borderline*), histriónica e narcísica da personalidade, cujos indivíduos frequentemente apresentam comportamentos emocionais e instáveis. O Grupo C engloba as perturbações dependente, evitante e obsessivo-compulsiva da personalidade, em que os indivíduos frequentemente exibem ansiedade e medo. É importante observar que este sistema de classificação, embora útil em pesquisa e educação em algumas situações, possui limitações significativas e não foi consistentemente validado. No presente relatório, será abordada, com profundidade, a Perturbação de Estado-Limite (*Borderline*) da Personalidade (PBP) (APA, 2014).

1.2.1. Definição e Sintomatologia

A Perturbação de Estado-limite (*Borderline*) da Personalidade (PBP) foi descrita pela primeira vez por Stern (1936), citado por Del Casale et al., (2021), como se estivesse situada numa "zona fronteira" entre a psicose e a neurose, conceito que inicialmente não era diretamente associado aos problemas de personalidade. Posteriormente, passou a ser amplamente reconhecida como uma perturbação da personalidade.

Os sintomas clínicos abrangem desregulação emocional, agressividade impulsiva, bem como impulsividade em várias áreas, instabilidade intensa nas relações interpessoais, distorção cognitiva nas relações, dificuldades na mentalização, comportamentos autolesivos, sentimentos persistentes de vazio ou tédio, além de ideação e comportamento suicidas crónicos (Lawless & Tarren-Sweeney, 2023).

A taxa de suicídio é mais elevada entre indivíduos com PBP do que entre aqueles com outras perturbações de personalidade, aproximadamente 5,9% e 1,4%, respetivamente (Leichsenring et al., 2024).

O DSM-V caracteriza a Perturbação de Estado-limite (*Borderline*) da Personalidade (PBP) como um padrão generalizado de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos, caracteriza-se ainda pela impulsividade acentuada, raiva intensa, sentimentos de vazio, elevado medo de abandono, comportamento suicida ou auto-lesivo e ideação paranóide transitória relacionada com o stress ou sintomas dissociativos graves, que surge no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos, conforme indicado por cinco ou mais do um conjunto dos nove critérios de diagnóstico que se seguem: (APA, 2014 citado por Leichsenring et al., 2024).

1. “Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado.

2. Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: autoimagem ou sentimentos de si próprio marcados e persistentemente instáveis.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais para o próprio (por exemplo, gastos, relações sexuais, abuso de substâncias, condução imprudente, alimentação compulsiva).
5. Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento autolesivo.
6. Instabilidade afetiva devido a uma reatividade acentuada do humor (por exemplo, disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade que duram geralmente algumas horas e só raramente mais do que alguns dias).
7. Sentimentos crónicos de vazio.
8. Raiva intensa e inadequada ou dificuldade em controlar a cólera (por exemplo, manifestações frequentes de temperamento, raiva constante, lutas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória relacionada com o stress ou sintomas dissociativos graves.”

(APA, 2014, pp. 792-793)

O DSM-V, para além da abordagem atual às perturbações da personalidade, oferece ainda um modelo alternativo. O Conselho de Administração da APA optou por incorporar ambos, garantindo a continuidade da prática clínica enquanto introduz uma nova abordagem para corrigir as limitações do modelo existente. Frequentemente, pacientes que atendem aos critérios para uma perturbação da personalidade específica também atendem aos critérios para outras perturbações, resultando em diagnósticos pouco informativos. O modelo alternativo do DSM-V caracteriza as perturbações da personalidade por défices no funcionamento da personalidade e por traços patológicos, incluindo as perturbações antissocial, evitante, *borderline*, narcísica, obsessivo-compulsiva e esquizotípica, além de um diagnóstico de perturbação da personalidade com traço especificado (APA, 2014).

O modelo dimensional alternativo do DSM-V exige, para a PBP, a presença de uma perturbação no funcionamento da personalidade, manifestada por dificuldades em pelo menos duas das seguintes áreas: uma autoimagem instável (identidade); objetivos e valores instáveis (autodireção); capacidade comprometida de reconhecer os sentimentos e as necessidades dos outros (empatia); e relações íntimas intensas, instáveis e conflituosas (intimidade). Além disso,

são necessários quatro ou mais dos sete traços de personalidade seguintes (pelo menos um dos quais deve ser impulsividade, assunção de riscos ou hostilidade): labilidade emocional, ansiedade, insegurança na separação, depressividade, impulsividade, envolvimento em atividades de riscos e hostilidade, como é possível verificar de seguida. (Leichsenring et al., 2024).

A. “Défice moderado ou superior no funcionamento da personalidade, manifestado em dificuldades em duas ou mais das quatro áreas seguintes:

1. Identidade: Autoimagem marcadamente empobrecida, pouco desenvolvida ou instável, com frequência associada a autocrítico, sentimentos crónicos de vazio; estados dissociativos sob stress.
2. Autodireção: Instabilidade nos objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira.
3. Empatia: Capacidade comprometida para reconhecer os sentimentos e as necessidades dos outros, associada a hipersensibilidade interpessoal (isto é, propensão para se sentir menosprezado ou insultado); a percepção dos outros seletivamente enviesada para atributos negativos ou vulnerabilidades.
4. Intimidade: Relações próximas intensas, instáveis e conflituosas, marcadas por desconfiança, dependência e preocupação ansiosa com abandono real ou imaginado; as relações próximas com frequência vistas em extremos de idealização e desvalorização e alternância entre o envolvimento excessivo e o afastamento.

B. Quatro ou mais dos seguintes sete traços de personalidade patológicos, dos quais pelo menos um deve ser cinco (impulsividade), seis (envolvimento em atividades de risco) ou sete (hostilidade):

1. Labilidade emocional (um aspeto de Afetividade Negativa): Experiências emocionais instáveis e mudanças frequentes de humor; emoções que são facilmente mobilizáveis, intensas e/ou desproporcionais em relação aos acontecimentos e circunstâncias.
2. Ansiedade (um aspeto de Afetividade Negativa): Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, com frequência em reação a stresses interpessoais; preocupação com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e com eventualidades negativas futuras; sentir-se amedrontado, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de colapsar ou perder o controlo.
3. Insegurança de separação (um aspeto de Afetividade Negativa): Medo de rejeição por - e/ou separação de - outros significativos, associados a medo excessivo de dependência e completa perda de autonomia.

4. Depressividade (um aspecto de Afetividade Negativa): Sentir-se com frequência em baixo, miserável e desesperançado; dificuldade em recuperar desses estados de humor; pessimismo em relação ao futuro; vergonha invasiva; sentimentos de diminuição do valor pessoal; ideias de suicídio e comportamento suicidiário.
5. Impulsividade (um aspecto de Desinibição): Agir no impulso momentâneo em resposta a estímulos imediatos; agir de forma momentânea sem plano ou sem considerar os resultados; dificuldade em estabelecer ou seguir planos; sentido de urgência ou comportamento auto-lesivo sob mal-estar emocional.
6. Envolvimento em comportamentos de riscos (um aspecto de Desinibição): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente danosas para o próprio, desnecessariamente e sem considerar as consequências; ausência de preocupação com as suas limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
7. Hostilidade (um aspecto de Antagonismo): Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas deslizes e insultos.”

(APA, 2014, pp. 913-914)

O estigma associado à PBP é profundo e duradouro, sendo uma das perturbações de personalidade mais estigmatizadas, o que pode ser explicado tanto pela complexidade dos sintomas, que dificultam o diagnóstico e o tratamento, quanto pela crença generalizada de que a PBP é uma condição "intratável". Além disso, o comportamento frequentemente impulsivo e autodestrutivo dos indivíduos com PBP pode contribuir para uma percepção negativa e um entendimento incorreto sobre a perturbação na sociedade (Amestoy et al., 2024).

Portanto, a formulação do caso clínico de cada paciente deve incluir não apenas a enumeração de sintomas conforme os critérios diagnósticos, mas também uma história clínica abrangente que considere os fatores sociais, psicológicos e biológicos que possam influenciar o estado atual do indivíduo em consulta. Além disso, é crucial considerar que o uso do DSM-V para avaliar a presença de perturbações mentais não é recomendado para indivíduos que não sejam médicos, profissionais clínicos ou que não possuam treinamento adequado (Pires et al., 2020).

1.2.2. Etiologia

Assim como outras perturbações psicopatológicas, a etiopatogénese da PBP é complexa e não pode ser explicada em termos monocausais. Não é possível atribuir o seu desenvolvimento a um único gene, que justifique todas as alterações estruturais cerebrais, nem

a uma única alteração numa região cerebral específica que explique todos os sintomas (Guendelman et al., 2014).

A literatura reconhece que a perturbação de estado-limite da personalidade é influenciada por uma interação complexa de fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais, incluindo várias formas de disfunção familiar e experiências de violência intrafamiliar. Outros estudos demonstram moderadas evidências que indicam a transmissão genética e a hereditariedade e comprovam ainda, como os impactos significativos de fatores ambientais, como experiências traumáticas psicológicas ou sociais, podem provocar alterações em regiões específicas do cérebro através de mecanismos epigenéticos e processos de neuroplasticidade no contexto do cérebro social, o que desempenha um papel central na etiologia da PBP (Mendez-Miller et al., 2022; Guendelman et al., 2014; Leichsenring et al., 2024).

Porém, o principal consenso é que os eventos traumáticos e a negligência podem exacerbar a predisposição biológica e as tendências comportamentais já presentes nas pessoas com PBP. Cerca de um terço dos pacientes com perturbação de estado-limite da personalidade foram abusados ou agredidos sexualmente (Mendez-Miller et al., 2022).

Sabe-se ainda que determinados genes aumentam o risco e a vulnerabilidade a eventos traumáticos, porém a sua correlação direta com os sintomas não é clara. Ao considerar tanto os fatores psicossociais quanto as descobertas da neurociência, a origem da PBP pode ser compreendida como um processo complexo e multifatorial. Este processo é influenciado pela interação entre fatores genéticos e ambientais, refletindo um contexto dinâmico na manifestação da perturbação (Guendelman et al., 2014).

1.2.3. Epidemiologia

Os sintomas de PBP, por norma, surgem no início da idade adulta. Na população adulta geral, a prevalência de PBP varia entre 0,7% e 2,7%. Nos cuidados primários, a prevalência é de 6%, enquanto em pacientes psiquiátricos ambulatoriais e internados, as taxas são de 11-12% e 22%, respectivamente (Leichsenring et al., 2024; Mendez-Miller et al., 2022).

Em consultas externas de psiquiatria, 72% dos diagnósticos foram em mulheres e 28% em homens. A comorbilidade também varia por género: homens com PBP tendem a ter mais abuso de substâncias e perturbação de personalidade antissocial, enquanto mulheres apresentam mais perturbações do humor, ansiedade, alimentares e perturbações de stress pós-traumático (Leichsenring et al., 2024).

Um estudo realizado nos Estados Unidos estimou que aproximadamente 6% das pessoas podem desenvolver PBP ao longo da vida, com taxas de 5,6% nos homens e 6,2% nas mulheres (Guendelman et al., 2014; Grant et al., 2008).

Pacientes com PBP apresentam uma maior prevalência de condições somáticas como doenças endócrinas, metabólicas, respiratórias, cardiovasculares e infecciosas (como HIV e hepatite) em comparação com aqueles sem PBP. A mortalidade por causas não suicidas também é elevada, com taxas de 14% para pacientes com PBP e 5,5% para aqueles com outras perturbações de personalidade (Leichsenring et al., 2024).

Durante um acompanhamento de 2 anos, pacientes com PBP tiveram uma taxa de mortalidade 2/3 vezes maior em comparação com aqueles sem PBP que tinham outras condições médicas ou perturbações mentais (Leichsenring et al., 2024).

Esta perturbação está associada a uma significativa incapacidade funcional e um funcionamento social inferior do que indivíduos com outras perturbações mentais, a qual frequentemente coexiste com outras perturbações psiquiátricas, sendo as mais comuns: as perturbações do humor, perturbações de ansiedade, perturbações associadas ao consumo de substâncias, perturbações de stress pós-traumático e outras perturbações de personalidade como a bipolaridade, onde cerca de 10-20% dos pacientes com PBP desenvolve esta perturbação, seja do tipo I ou II (Guendelman et al., 2014; Leichsenring et al., 2024).

Entre pessoas diagnosticadas com PBP, cerca de 37,7% desenvolveram perturbação de défice de atenção/hiperatividade. As perturbações alimentares também são comuns entre indivíduos com PBP, com 6% a apresentar anorexia nervosa, 10% bulimia nervosa e 22% outras perturbações alimentares. Além disso, 30% dos indivíduos com PBP foram diagnosticados com PSPT, e 24% das pessoas com PSPT foram diagnosticadas com PBP (Leichsenring et al., 2024).

Apenas cerca de 16% das pessoas com PBP são casadas ou vivem com um parceiro. Seu funcionamento social é instável e fortemente ligado ao estado sintomático (Leichsenring et al., 2024).

Atualmente, a literatura sugere que na PBP, a interação entre fatores genéticos e experiências adversas na infância pode afetar o desenvolvimento cerebral por meio de hormonas. Acredita-se ainda, que essas experiências na infância possam modificar a expressão genética e resultar em traços de personalidade estáveis que aumentam a vulnerabilidade à PBP (Leichsenring et al., 2024).

Experiências adversas na infância, como abuso físico, sexual e emocional, e ainda negligência têm uma forte associação com a PBP. Em correlação, a PBP também está associada

a altos níveis de padrões de vinculação desorganizados e não resolvidos. Embora vários fatores psicossociais, incluindo maus-tratos, aumentem o risco de PBP, esses resultados não parecem ser exclusivos dessa perturbação (Leichsenring et al., 2024).

Há cada vez mais evidências de que a PBP está relacionada a adversidades tanto precoces quanto tardias, que perpetuam ciclos interpessoais negativos. Isso inclui altos índices de revitimização em relacionamentos e interações de bully-vítima entre pares, levando a um aumento da desconfiança e do isolamento social. Além disso, a privação social e a desigualdade social podem aumentar o risco de PBP, exacerbando a sensibilidade à rejeição e injustiça social (Leichsenring et al., 2024).

1.2.4 Neurobiologia

A PBP apresenta características neurobiológicas distintas, incluindo hiperatividade da amígdala e do hipocampo durante o processamento emocional, o que pode intensificar respostas emocionais e dificultar a habituação a estímulos negativos repetidos. Além disso, há um desequilíbrio fronto-límbico postulado, o que envolve uma interação alterada entre regiões límbicas como a amígdala e estruturas frontais do cérebro, como o córtex cingulado anterior. Disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), com níveis alterados de cortisol, também são observadas, o que influencia as respostas ao stresse e à regulação emocional. A oxitocina, por sua vez, parece estar reduzida, o que afeta o funcionamento interpessoal. A complexidade e a heterogeneidade do PBP dificultam a definição de um modelo neurobiológico unificado, exigindo mais estudos robustos e específicos para desenvolver uma compreensão mais profunda desta perturbação (Leichsenring et al., 2024).

Contudo, os estudos sobre a neurobiologia e as correlações cerebrais, tanto estruturais quanto funcionais, na PBP, oferecem insights sobre as manifestações psicopatológicas características, tanto afetivas como cognitivas, de desregulação interpessoal e de impulsividade (Guendelman et al., 2014).

No entanto, essas pesquisas têm limitações devido aos desenhos transversais que restringem a compreensão das perturbações psiquiátricas. Esses estudos capturam apenas uma imagem instantânea das características cerebrais num momento específico, sem possibilitar a análise das mudanças ao longo do tempo. Isso dificulta a determinação das relações causais entre alterações neurobiológicas e manifestações psicopatológicas, além de limitar a generalização dos resultados para diferentes populações ou contextos. A heterogeneidade entre os participantes e a falta de controle longitudinal das variáveis também são desafios que

impedem uma visão completa das bases neurobiológicas de perturbações complexas como a PBP (Guendelman et al., 2014).

Outras limitações na pesquisa da neurobiologia na PBP é a grande heterogeneidade na comorbidade dessa perturbação que pode limitar as pesquisas de diversas maneiras. Pacientes afetados podem apresentar uma variedade significativa de sintomas e gravidade, o que dificulta a identificação de padrões consistentes nos estudos. Além disso, as comorbidades podem influenciar a resposta ao tratamento, complicando a interpretação dos resultados. A procura por biomarcadores específicos também é prejudicada pela diversidade dos perfis clínicos, o que pode comprometer a generalização das descobertas para a população geral. Esses desafios ressaltam a complexidade de investigar a neurobiologia e as correlações cerebrais de perturbações psiquiátricas como a PBP (Guendelman et al., 2014).

Apesar da investigação considerável, os fundamentos neurobiológicos da perturbação continuam por esclarecer, contudo a psicoterapia é o tratamento de eleição para a PBP (Leichsenring et al., 2024).

1.2.5 Farmacologia

Desde o final do século XX, são múltiplas as evidências a confirmar que a combinação de farmacoterapia e psicoterapia pode levar a uma melhora clinicamente significativa nos sintomas de humor e comportamento em pacientes com PBP. Dependendo dos seus mecanismos de ação, diversos fármacos podem influenciar positivamente diferentes tipos de sintomas associados à PBP (Del Casale et al., 2021).

Apesar de não existir um regime de farmacoterapia que melhore os sintomas gerais da PBP, o uso de antipsicóticos por um período de até seis meses pode proporcionar melhorias na paranoia, dissociação, instabilidade do humor, raiva e funcionamento global. Especificamente, o aripiprazol (antipsicótico atípico), a olanzapina (antipsicótico atípico), a lamotrigina (estabilizador de humor - anticonvulsivante), o topiramato (anticonvulsivante), os ácidos gordos ômega-3 (suplementos nutricionais com efeitos sobre a saúde mental) e o valproato (estabilizador de humor - anticonvulsivante), quando utilizados por até seis meses, podem reduzir a raiva, ansiedade, depressão e impulsividade (Parker & Naeem, 2019).

Uma meta-análise de 2011 e uma revisão sistemática de 2010 avaliaram a eficácia de antipsicóticos de primeira e segunda geração, estabilizadores de humor e ácidos gordos ômega-3 no tratamento dos sintomas da PBP. Os resultados indicaram que os antipsicóticos tiveram reduzidos efeitos nos sintomas cognitivo-perceptivos, na labilidade do humor e no funcionamento global, e efeitos reduzidos a moderados na raiva. No entanto, a heterogeneidade

significativa dos estudos e a duração limitada das intervenções dificultam a avaliação da eficácia da terapia de manutenção em comparação com a terapia intermitente. (Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011; Parker & Naeem, 2019).

Clinicamente, o uso de múltiplos fármacos é a abordagem mais comum, embora seja mais provável que produza mais efeitos adversos e interações medicamentosas do que uma melhoria efetiva dos sintomas. Atualmente, não existem medicamentos aprovados especificamente para o tratamento da PBP (Limandri, 2018).

1.3 Perturbações Depressivas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é uma das perturbações mentais mais comuns e afeta cerca de 300 milhões de pessoas de todas as idades a nível mundial e é atualmente a principal causa de incapacidade, caracteriza-se essencialmente por um estado de perda de interesse e de energia (Peixoto et al., 2018; Trivedi, 2020).

Segundo o DSM-V, as perturbações depressivas englobam:

- Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo: Introduzida no DSM-5, esta perturbação é diagnosticada em crianças e adolescentes que exibem irritabilidade persistente e episódios frequentes de explosões de raiva desproporcional em intensidade ou duração em relação à situação (APA, 2014).
- Perturbação Depressiva Major: Caracterizada por episódios de depressão grave que duram pelo menos duas semanas, que envolvem humor deprimido, perda de interesse ou prazer na maioria das atividades, adicionado a outros sintomas como alterações no sono, no apetite, na concentração e sentimentos de culpa ou inutilidade (APA, 2014).
- Perturbação Depressiva Persistente (Distímia): Envolve um humor deprimido que ocorre na maioria dos dias e dura pelo menos dois anos em adultos (ou um ano em crianças e adolescentes). Embora os sintomas possam não ser tão intensos quanto os da perturbação depressiva major, a sua duração prolongada causa um impacto significativo na vida do indivíduo (APA, 2014).
- Perturbação Disfórica Pré-Menstrual: Caracterizada por sintomas depressivos que ocorrem na maioria dos ciclos menstruais e são graves o suficiente para interferir no funcionamento diário. Esses sintomas podem aparecer após a menarca e tendem a agravar-se com a aproximação da menopausa. (APA, 2014).

- Perturbação Depressiva Induzida por Substância/Medicamento: Neste caso, é o resultado do uso de substâncias, como drogas ou medicamentos, que podem causar sintomas depressivos durante ou logo após o uso da substância (APA, 2014).
- Perturbação Depressiva Devido a Outra Condição Médica: Esta perturbação é diretamente atribuída aos efeitos fisiológicos de uma condição médica, como uma doença crónica ou uma condição neurológica (APA, 2014).
- Perturbação Depressiva com Outra Especificação: Esta categoria é utilizada quando os sintomas depressivos causam sofrimento clínico significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional (ou em outras áreas importantes), mas não satisfazem completamente os critérios para qualquer uma das perturbações depressivas específicas (APA, 2014).
- Perturbação Depressiva Não Especificada: Por fim, esta categoria é utilizada quando os sintomas depressivos causam sofrimento clínico significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional (ou em outras áreas importantes), mas não há informações suficientes para fazer uma classificação mais específica (APA, 2014).

Todas estas perturbações partilham a mesma sintomatologia em comum, como a tristeza, o vazio, o humor irritável, as alterações somáticas e cognitivas que têm impacto no funcionamento normativo do indivíduo, sendo o suicídio a sua consequência mais grave. As diferenças entre as várias perturbações residem na duração, no momento de ocorrência ou na etiologia presumida. Um 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, sendo as mulheres as mais afetadas. No presente relatório, será abordada, com profundidade, a Perturbação Depressiva Major (PDM) (Caldas de Almeida & Xavier, 2013 citados por Peixoto et al, 2018).

1.3.1. Definição e Sintomatologia

De um ponto de vista psicopatológico, o humor depressivo com sentimentos recorrentes de tristeza e de anedonia são as principais características da perturbação depressiva. Relativamente à cognição, as alterações podem ser quantitativas, por exemplo, a diminuição da velocidade de processamento do pensamento e raciocínio, bem como alterações de concentração e memória, e, qualitativas como o sentimento de baixa autoestima, indecisão, desmotivação, irritabilidade, falta de energia, anedonia, pensamentos de culpa e auto

desvalorização e, até ideação suicida. Os sintomas psíquicos e somáticos de ansiedade são também muito frequentes numa situação de depressão, o que explica ambas as perturbações responderem ao tratamento com antidepressivos (Peixoto et al., 2018).

A depressão está também relacionada com a alteração dos ritmos circadianos do sono, padrões de comportamento alimentar, libido e comportamento sexual, fadiga, lentificação ou agitação psicomotora (Kennedy, 2008 citado por Peixoto et al., 2018).

O quadro depressivo é identificado pela presença de sintomas característicos da depressão durante um período mínimo de duas semanas e que não se prolongue por mais de dois anos consecutivos sem interrupções e sem a ausência de sintomas (APA, 2014).

Segundo o DSM-V (2014), para o seu diagnóstico, é necessário que estes sintomas causem prejuízos no funcionamento psicossocial ou resultem em sofrimento significativo. Pelo menos cinco critérios mencionados devem estar presentes para que o diagnóstico de depressão seja estabelecido, conforme descritos: (APA, 2014).

A. “Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de 2 semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou 2) perda de prazer ou do interesse.

1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso).
2. Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).
3. Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observável pelos outros, não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).

8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).

9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota. Os critérios A-C representam um episódio depressivo major.

Nota. As respostas a uma perda significativa (por exemplo, perda de um ente querido, ruína financeira, perdas causadas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, diminuição do apetite e perda de peso referidos no Critério A, os quais se podem assemelhar a um episódio depressivo.

D. A ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.

E. Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.”

(APA, 2014, pp. 190-191)

1.3.2. Etiologia

A etiologia desta perturbação não é ainda bem conhecida, mas sabemos que existem várias causas que podem estar associadas ao aparecimento e desenvolvimento da depressão. Podemos então atribuir a origem a fatores genéticos, sendo que estes são hereditários; fatores ambientais, relacionados com o meio que nos rodeia e a acontecimentos traumáticos; fatores biológicos; psicológicos; e, por fim, neuroquímicos (APA, 2014).

Embora a etiologia da Perturbação Depressiva Major (PDM) não esteja completamente esclarecida, estudos sugerem que os fatores genéticos desempenham um papel significativo, com uma hereditariedade estimada entre 30-50%. Foram, ainda, identificadas diferenças genéticas específicas entre homens e mulheres com PDM, sugerindo que a regulação de certos genes pode variar entre os géneros e afetar a suscetibilidade ao stresse e à depressão. Estas

descobertas sugerem que variantes genéticas contribuem modestamente para o risco da doença, com a interação entre fatores hereditários e ambientais, como o stresse, sendo fundamental para o desenvolvimento do PDM (Cui et al., 2024).

Os fatores ambientais influenciam significativamente o desenvolvimento da depressão, interagindo com as predisposições genéticas. As experiências adversas na infância, o stresse, assim como os traumas ao longo da vida, o ambiente familiar disfuncional e a falta de apoio emocional aumentam o risco de desenvolvimento de perturbações depressivas. Além disso, os fatores socioeconómicos, normas culturais, isolamento social e condições stressantes no trabalho também desempenham papéis cruciais na evolução da condição. Esses elementos combinam-se de formas complexas, afetando a suscetibilidade à depressão e sublinhando a importância de abordar tanto aspectos biológicos quanto psicossociais no tratamento e prevenção (APA, 2014).

1.3.3. Epidemiologia

As perturbações psiquiátricas correspondem a 12% da carga global de doenças a nível mundial. Em países desenvolvidos, esta percentagem aumenta, ao alcançar 23%, e na Europa chega a 26,6% (Sousa, 2015).

As perturbações depressivas ocupam a terceira posição como causa de carga global de doenças a nível mundial e lideram essa classificação nos países desenvolvidos. Projeta-se que a depressão se torne a principal causa de doença global até ao ano de 2030 (Sousa, 2015).

Em Portugal, a prevalência das perturbações depressivas é significativa, com cerca de 20% da população a passar por um episódio depressivo ao longo da vida. Esta condição envolve custos consideráveis e prolongados com medicamentos, maior procura pelos serviços de saúde e redução na produtividade, o que resulta em impactos humanos e financeiros substanciais para o país (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013).

As mulheres apresentam uma maior probabilidade de desenvolver perturbações depressivas e de ansiedade em contraste com os homens, que têm um risco mais elevado de sofrer de perturbações relacionadas com o controlo dos impulsos e abuso de substâncias (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013).

1.3.4. Neurobiologia

A teoria tradicional da monoamina afirma que, além dos fatores patogênicos comuns, deficiências nos neurotransmissores, como serotonina (5-HT), dopamina (DA) e noradrenalina (NE), são a causa raiz da depressão clínica. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), uma classe de antidepressivos que comprovadamente tratam com sucesso a depressão clínica, foram desenvolvidos em resposta a essa hipótese, que foi derivada principalmente com base no mecanismo farmacológico de medicamentos que foram acidentalmente descobertos como antidepressivos (Cui et al., 2024).

A serotonina (5-HT) é um neurotransmissor importante associado à depressão major, sendo a sua redução um fator de risco para a perturbação. Estudos mostram que pessoas deprimidas têm níveis baixos de 5-HT. Os recetores de serotonina, estão presentes em células gliais e influenciam a atividade neuronal através de alterações na concentração de cálcio. Antidepressivos, como a fluoxetina, atuam nestes recetores, alterando a expressão genética e as vias de sinalização celular (Cui et al., 2024).

A noradrenalina (NE), está envolvida na regulação de várias funções neuronais, como o olfato e o movimento, podendo afetar células gliais próximas. A atomoxetina, um inibidor da recaptação de noradrenalina, é utilizada no tratamento da PDM e pode reduzir a neuroinflamação no córtex cerebral após um ataque inflamatório. Os Antidepressivos designados inibidores de recaptação de serotonina/norepinefrina (IRSNs), como a duloxetina e a venlafaxina, aumentam a disponibilidade da noradrenalina e serotonina, sendo utilizados em casos resistentes ao tratamento (Cui et al., 2024).

Há evidências crescentes de que pessoas com depressão apresentam níveis reduzidos de dopamina (DA), um neurotransmissor importante. O stress crónico está associado à diminuição da dopamina em regiões como o estriado e o hipocampo e lesões dopaminérgicas levam ao aumento da glutamina. A sinalização da dopamina é fundamental para a interação entre as células gliais e os neurónios no estriado. O antidepressivo sulpirida, que bloqueia certos mecanismos de depressão sináptica, mostra que a disfunção das células gliais podem resultar em níveis elevados de dopamina, reduzindo a atividade neuronal. Essa dinâmica pode promover mudanças na neurotransmissão estriatal, uma vez que a sinalização de dopamina é crucial para a plasticidade sináptica (Cui et al., 2024).

1.3.5. Farmacologia

O tratamento psicofarmacológico da depressão iniciou há cerca de 70 anos com o aparecimento dos antidepressivos tricíclicos (AT) e dos inibidores da monoamino-oxidase (IMAO). Com a evolução da psicofarmacologia, os vários efeitos secundários como o aumento do peso; a sonolência; a disfunção sexual; a influência na capacidade de concentração, na atenção e memória, já não existem nos antidepressivos de “segunda geração”. Estes mantêm o nível de eficácia e o perfil farmacocinético contempla uma maior segurança e melhor tolerância. O que contribui para uma aderência mais ajustada ao tratamento. Assim, os antidepressivos atuam ao aumentar a disponibilidade de neurotransmissores no cérebro, utilizando diferentes estratégias, como a inibição da recaptação de neurotransmissores na fenda sináptica, a ativação direta de recetores, o bloqueio de recetores pré e pós-sinápticos, e a inibição de enzimas que metabolizam os neurotransmissores (Peixoto et al., 2018; Sousa, 2015).

A investigação realizada 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). O tratamento das perturbações depressivas combina abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas, sendo ambas complementares. Para casos de depressão leve, a psicoterapia pode ser suficiente, mas em depressões moderadas a graves, os antidepressivos são essenciais para estabilizar o paciente e facilitar a intervenção psicológica. Os fármacos apresentam resultados a curto prazo, mas quando administrados de forma crónica 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. É uma área que carece de novas linhas de investigação (Pimenta & Saraiva, 2014; Sousa, 2015).

1.4. Abordagem Centrada na Pessoa

Carl Ransom Rogers (1902-1987) foi um psicólogo humanista norte-americano cuja obra teve um impacto profundo na psicoterapia, na educação e em diversas áreas do desenvolvimento humano. Nascido em Oak Park, Illinois, numa família de valores rígidos e

religiosos, Rogers cresceu num ambiente marcado pela disciplina e pelo incentivo ao trabalho árduo. A sua educação inicial foi fortemente influenciada por uma visão conservadora do mundo, algo que viria a questionar e reformular ao longo da sua trajetória pessoal e profissional (Kirschenbaum & Henderson, 1990).

Inicialmente, Rogers planeava seguir uma carreira na agricultura e, mais tarde, na teologia, tendo inclusive estudado num seminário religioso. No entanto, após um período de reflexão e transformação pessoal, acabou por enveredar pela psicologia clínica, área onde viria a desenvolver a sua abordagem inovadora. A passagem pelo seminário ajudou-o a afastar-se de uma visão dogmática e a aproximar-se de uma perspetiva mais aberta e humanista, característica central do seu trabalho futuro (Kirschenbaum & Henderson, 1990).

O contacto direto com pacientes durante os seus primeiros anos como psicólogo foi determinante para Rogers perceber as limitações das abordagens terapêuticas tradicionais, especialmente da psicanálise e do behaviorismo, que dominavam a psicologia na época. Ele começou a questionar a ênfase excessiva na autoridade do terapeuta e na análise do inconsciente, sentindo que este modelo retirava do paciente o seu poder de transformação. Rogers acreditava que a mudança genuína só poderia ocorrer se a pessoa fosse tratada com respeito, empatia e aceitação incondicional, num ambiente de confiança e não de julgamento (Kirschenbaum & Henderson, 1990).

Foi assim que, nas décadas de 1940 e 1950, Rogers desenvolveu o que inicialmente chamou de Terapia Centrada no Cliente, mais tarde reformulada como Abordagem Centrada na Pessoa. A sua teoria partia do princípio de que cada ser humano possui uma tendência atualizante, ou seja, uma capacidade inata para crescer, evoluir e atingir o seu potencial máximo, desde que esteja inserido num ambiente propício. Para que esse crescimento aconteça, Rogers identificou três condições essenciais na relação terapêutica (Kirschenbaum & Henderson, 1990):

1. Empatia – A capacidade do terapeuta de compreender profundamente a experiência da pessoa, vendo o mundo através da sua perspetiva.
2. Congruência (Autenticidade) – O terapeuta deve ser genuíno e transparente, evitando assumir um papel de autoridade distante.

3. Aceitação Incondicional Positiva – A pessoa deve sentir-se aceite e valorizada, independentemente dos seus comportamentos ou dificuldades.

No livro *The Carl Rogers Reader*, especialmente na sua autobiografia, Rogers descreve como a sua abordagem se expandiu para além da psicoterapia, influenciando áreas como a educação, a resolução de conflitos e o desenvolvimento organizacional (Rogers, 1997).

A influência de Rogers não se limitou ao campo académico, ele foi um dos primeiros psicólogos a enfatizar a importância do crescimento pessoal, defendendo que a terapia não devia ser vista apenas como um tratamento para doenças mentais, mas como um meio para qualquer pessoa explorar o seu potencial e desenvolver-se de forma mais plena (Rogers, 1997).

Ao longo da sua vida, Rogers manteve-se fiel aos seus princípios humanistas, defendendo uma visão otimista do ser humano e acreditando que, em condições adequadas, as pessoas são capazes de encontrar o seu próprio caminho e resolver os seus conflitos internos. O seu legado continua a influenciar não só a psicoterapia, mas também a forma como encaramos o desenvolvimento humano, as relações interpessoais e a educação (Rogers, 1997).

O pensamento rogeriano foi introduzido em Portugal apenas no final da década de 60, com a publicação de alguns textos de divulgação em França por Max Pagès. Esses textos despertaram o interesse e, por conseguinte, a adesão de um pequeno grupo em Lisboa, liderado pelo psiquiatra e psicoterapeuta Carlos Caldeira (Nunes et al., 2018).

O livro *Tornar-se Pessoa*, foi escrito por Carl Rogers com o intuito de dar a conhecer os conhecimentos e estudos que este acabou por recolher ao longo de dez anos. Apesar destes estudos já estarem disponíveis em formato de artigos ou publicações em revistas, o público que este atingia não passava das áreas especializadas. O autor tinha o objetivo de alargar o seu público alvo, por isso, reuniu num livro os seus trabalhos e reflexões no âmbito de fornecer um manual que facilmente qualquer pessoa, experiente ou não, possa ter acesso e sentir segurança quanto às suas opções pessoais e igualmente auxiliar a alcançar o seu eu ideal de uma forma autónoma (Rogers, 2010).

Carl Rogers adotou um método centrado na pessoa, onde dá prioridade à pessoa e aos seus processos particulares, quando tudo à sua volta parece ignorá-la. (Rogers, 2010)

Defendia a ideia de que as pessoas precisam de uma relação na qual são aceites, por isso, em terapia recorria à empatia e à consideração positiva incondicional e considerava que a frustração devia ser a menor possível. Este acreditava que com estas ferramentas, a pessoa conseguiria encontrar em si mesmo a força necessária para combater as adversidades e alcançar a mudança, possibilitando o desenvolvimento pessoal (Rogers, 2010).

Rogers deixou um legado de ensinamentos para a relação de ajuda, que ainda hoje constituem alguns dos principais fundamentos no processo de acompanhamento. Em primeiro lugar, Rogers dava especial importância ao facto de permitir ao paciente conduzir a entrevista, ou seja, é o paciente que inicia a conversa pelo tema que preferir seguindo a ordem que lhe for mais confortável, no sentido de que é apenas ele que conhece os seus medos, frustrações e as experiências mais marcantes da sua vida (Rogers, 2010).

Assim, outro aspeto crucial para o processo de terapia é a relação, no âmbito de que se for possível formar um certo tipo de relação, o paciente encontrará nele próprio a capacidade de utilizar essa relação para o seu desenvolvimento pessoal. É fundamental para esta relação, que tanto o psicólogo como o cliente, mantenham a genuinidade, não adianta assumir uma personalidade que não corresponde à realidade, é preciso ser fiel a si mesmo e para isso é necessário assumir os seus impulsos como factos e sentimentos que precisam de ser aceites e compreendidos tal como são, pois é com a aceitação desta realidade que o paciente começa a sentir-se confortável para se exprimir de uma forma mais verdadeira (Rogers, 2010).

Durante o processo de terapia, o ouvinte deve adotar uma atitude de aceitação e abstrair-se dos seus valores e crenças de modo a conseguir interpretar a experiência do outro como única e aceitar que este tem valor mesmo com as suas diferenças e dificuldades, demonstrando compreensão e empatia, mais uma vez quando parece que mais ninguém consegue (Rogers, 2010).

Através de uma compreensão empática profunda, o terapeuta consegue perceber o mundo do paciente tal como este o vê, dando-lhe a permissão para explorar esse mundo e sentir que ninguém o está a julgar ou a avaliar (Rogers, 2010).

É apenas ao longo deste processo que o terapeuta poderá transmitir o sentimento de liberdade, segurança e conforto ao paciente para ser honesto consigo próprio e com os seus

problemas, é com este fenómeno de aceitação do eu que se torna propícia a mudança. Contudo, mais uma vez, esta mudança só ocorrerá quando o paciente descobrir dentro de si a capacidade de utilizar esta relação para evoluir (Rogers, 2010).

Rogers acreditava que só o paciente tinha a capacidade de compreender os aspetos da vida que lhe causam desequilíbrio emocional e é com esta compreensão e constante investigação de todas as experiências marcantes pelas quais passou que é libertada a tendência para reorganizar a sua personalidade e a sua relação com a vida de modo a atingir a maturidade (Rogers, 2010).

Em suma, Rogers defendia que se o psicólogo conseguir formar uma relação com o paciente caracterizada pela transparência, genuinidade, aceitação afetuosa incondicional e pela capacidade de perceber o mundo do outro assim como ele o vê, o paciente terá a abertura para compreender as experiências que haviam sido reprimidas, permitir-lhe-á tornar-se mais integrado e assim aproximar-se da pessoa que gostaria de ser. Confere ainda o aumento do sentimento de realização e autoconfiança, o que levará o paciente a tornar-se mais compreensivo tanto consigo como com os outros, dando-lhe a capacidade de conseguir enfrentar os problemas que acabam por surgir na sua vida de uma forma mais pacífica (Rogers, 2010).

Rogers dá ainda importância em aceitar a vida como algo em constante mutação que nos irá conduzir para um fim (Rogers, 2010).

Depois de entrevistar inúmeras pessoas, Rogers chegou à conclusão de que apesar da diversidade de problemas que estas pessoas apresentavam, todas elas pareciam ter uma questão comum que pareciam não encontrar resposta: “Quem sou eu?”. Esta pergunta sobrepunha-se ao contraste que existia entre o seu comportamento e o seu “eu real” que, por vezes, pareciam não estar em sintonia (Rogers, 2010).

O objetivo que uma pessoa mais pretende alcançar é o de “se tornar ele mesmo”, é com este sentimento de segurança e conforto que o paciente sente a liberdade para deixar cair a máscara da superficialidade, a qual muitas vezes não estava consciente de usar e compreender a maneira como se sente e vivencia o seu próprio mundo interior, tornando-se cada vez mais ela mesma (Rogers, 2010).

Com o processo de acompanhamento psicológico, o paciente têm a possibilidade de dar uma abertura à sua experiência e reconhecer todos os aspetos que foram anteriormente reprimidos e aceitá-los. Para o paciente, assumir este “eu real” e deixar cair estas máscaras que, muitas vezes, não eram reconhecidas como máscaras, pode ser algo assustador, mas é com este processo que o cliente permite-se pensar, sentir e ser (Rogers, 2010).

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), é fundamentada em três pilares conceptuais: a tendência atualizante, a não diretividade e a presença de seis condições necessárias e suficientes para que ocorra a mudança terapêutica (Nunes et al., 2018).

1.4.1. Tendência Atualizante

A tendência atualizante é um dos conceitos centrais da Abordagem Centrada na Pessoa. Segundo Rogers, todos os seres humanos possuem uma força inata para crescer, desenvolver-se e alcançar o seu potencial máximo, desde que se encontrem num ambiente adequado. Esta tendência não é exclusiva dos seres humanos, sendo um princípio biológico que pode ser observado em todos os organismos vivos (Rogers, 1990).

A tendência atualizante refere-se à capacidade natural da pessoa para encontrar soluções para os seus próprios problemas e evoluir, desde que receba aceitação incondicional, empatia e autenticidade por parte do terapeuta. Rogers acreditava que, quando as condições ambientais são favoráveis, a pessoa é capaz de se tornar mais autêntica e congruente, caminhando em direção ao seu próprio bem-estar psicológico (Rogers, 1990).

Esta tendência atualizante envolve a procura de um funcionamento saudável e autêntico, permitindo que a pessoa viva de acordo com os seus valores, crenças e desejos genuínos. É um processo contínuo de crescimento, autodescoberta e expansão das capacidades pessoais. Segundo Rogers, quando as condições facilitadoras estão presentes no ambiente terapêutico, como a empatia, a congruência e a aceitação incondicional, a tendência atualizante é encorajada e fortalecida. Assim, o terapeuta atua como facilitador, ao criar um espaço seguro e acolhedor para que o cliente explore e desenvolva o seu potencial, promovendo assim um processo de crescimento pessoal e transformação. (Hipólito & Nunes, 2011)

No entanto, se o ambiente for marcado por críticas, julgamentos ou condições impostas ao valor pessoal (o que Rogers chamava de condições de valor), o desenvolvimento da tendência atualizante pode ser bloqueado, levando a conflitos internos, baixa autoestima e dificuldades emocionais. O objetivo da terapia centrada na pessoa é, portanto, facilitar um ambiente de apoio para que o cliente possa reconectar-se com a sua tendência atualizante e promover o seu crescimento pessoal (Rogers, 1990).

Essa tendência é impulsionada por uma motivação interna que leva o indivíduo a explorar experiências que satisfaçam as suas necessidades e desejos, promovendo um estado de bem-estar. No contexto terapêutico, reconhecer essa tendência é crucial, pois implica que o cliente possui os recursos internos necessários para enfrentar desafios e alcançar mudanças significativas em sua vida (Nunes et al., 2018).

1.4.2. Não Diretividade

Carl Rogers explora o conceito de diretividade e não diretividade no acompanhamento psicológico, um dos aspectos fundamentais da sua Abordagem Centrada na Pessoa (Rogers, 1990).

Inicialmente, a terapia desenvolvida por Rogers foi conhecida como Terapia Não Diretiva, pois diferenciava-se das abordagens tradicionais que viam o terapeuta como a principal fonte de conhecimento e autoridade no processo terapêutico. Ao contrário das abordagens diretivas, onde o terapeuta assume um papel ativo na condução da sessão, interpretando os problemas do paciente e oferecendo soluções, Rogers acreditava que a mudança genuína só poderia ocorrer quando o próprio cliente fosse o protagonista do seu crescimento (Rogers, 1990).

No entanto, ao longo da sua evolução teórica, Rogers percebeu que o termo "não diretividade" podia ser mal interpretado, sugerindo uma passividade total do terapeuta. Por isso, mais tarde, reformulou a sua abordagem e destacou que, embora o terapeuta não deva impor direções ou conselhos ao cliente, ele tem um papel ativo na criação de um ambiente terapêutico propício ao crescimento. Esse ambiente deve ser baseado nos três princípios essenciais da terapia rogeriana: empatia, congruência e aceitação incondicional positiva (Rogers, 1990).

Assim, a Abordagem Centrada na Pessoa não é completamente não diretiva, mas sim uma diretividade sutil, focada em facilitar a autoconsciência e o crescimento do cliente sem impor interpretações externas. Rogers acreditava que, ao proporcionar um espaço seguro e acolhedor, a tendência atualizante natural da pessoa permitiria que ela encontrasse as suas próprias respostas e soluções (Rogers, 1990).

A não diretividade é fundamental para o desenvolvimento da autonomia do cliente, ao permitir que ele se aproprie do seu processo terapêutico, pois parte do princípio de que cada indivíduo possui intrinsecamente a capacidade de resolver os seus próprios problemas, além de possuir um impulso inato em direção ao crescimento pessoal. Isto significa que a pessoa tem potencial para evoluir de um comportamento menos maduro para um comportamento mais maduro ao longo do processo terapêutico. A terapia não-diretiva é fundamentada nessa crença e procura criar um espaço seguro e acolhedor para que o cliente explore e desenvolva as suas próprias soluções, permitindo que ele assuma o controle do seu próprio processo de crescimento. (Hipólito & Nunes, 2011; Nunes et al., 2018)

Esta abordagem respeita a individualidade do cliente e reconhece que ele é o especialista na sua própria vida, o que facilita uma maior autoexploração e autocompreensão (Nunes et al., 2018).

1.4.3. Condições Necessárias e Suficientes

Por fim, Rogers postulou que certas condições são essenciais para que a terapia seja eficaz, referindo-se a essas condições como necessárias e suficientes. As seis condições fundamentais identificadas por Rogers foram:

1. *“Two persons are in psychological contact.”* (Rogers, 1957; pp. 241, linha 9)
2. *“The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.”* (Rogers, 1957; pp. 241, linha 10-12)
3. *“The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.”* (Rogers, 1957; pp. 241, linha 13-15)
4. *“The therapist experiences unconditional positive regard for the client.”* (Rogers, 1957; pp. 241, linha 16-17)
5. *“The therapist experiences an empathic understanding of the client’s internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.”* (Rogers, 1957; pp. 241, linha 18-21)

6. *“The communication to the client of the therapist’s empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.”* (Rogers, 1957; pp. 241, linha 22-25)

É importante destacar a interligação entre estas condições e como elas contribuem para um ambiente terapêutico que favorece o crescimento pessoal e a mudança.

A primeira condição estabelece que deve haver um contato psicológico entre o terapeuta e o cliente. Este contato é fundamental porque implica que ambos estão envolvidos num relacionamento terapêutico genuíno, onde a experiência do cliente é reconhecida e valorizada. A qualidade desse contato é crucial, pois sem uma conexão significativa, o processo terapêutico pode não ser efetivo. Este contato permite que o terapeuta compreenda melhor a realidade do cliente e ofereça um espaço seguro para a exploração emocional (Rogers, 1957).

A segunda condição menciona que o cliente encontra-se num estado de incongruência, o que significa que há uma discrepância entre o *self* real e o *self* ideal. Essa incongruência geralmente resulta em vulnerabilidade ou ansiedade. Reconhecer e aceitar essa condição é essencial, pois permite que o terapeuta trabalhe com o cliente as suas lutas internas. O terapeuta deve estar ciente do impacto que essa incongruência tem sobre o cliente e facilitar um espaço onde essas emoções possam ser exploradas sem julgamento (Rogers, 1957).

A terceira condição refere-se à congruência do terapeuta. Para que a terapia seja eficaz, o terapeuta deve ser autêntico e integrado na relação. Isso significa que ele deve expressar os seus sentimentos e pensamentos de forma transparente e honesta. A congruência do terapeuta não apenas ajuda a estabelecer confiança, mas também serve como um modelo para o cliente, incentivando-o a ser mais autêntico na sua autoexpressão (Rogers, 1957).

A quarta condição destaca a necessidade do terapeuta oferecer aceitação positiva incondicional ao cliente. Isso implica que o terapeuta deve aceitar o cliente sem julgamentos, independentemente do que este compartilhe. Essa aceitação é fundamental para criar um ambiente seguro, onde o cliente se sinta à vontade para explorar aspectos mais profundos e vulneráveis de si mesmo. Essa condição ajuda a reduzir a atitude defensiva do cliente e promove um espaço onde ele pode ser plenamente ele mesmo (Rogers, 1957).

A quinta condição envolve a experiência de compreensão empática por parte do terapeuta. Isso significa que o terapeuta deve esforçar-se para entender a perspectiva interna do cliente e refletir essa compreensão de forma clara. Essa empatia é vital, pois ajuda o cliente a sentir-se visto e compreendido nas suas emoções e experiências. A comunicação efetiva da empatia é essencial para o processo terapêutico, pois fortalece a relação e facilita a exploração emocional (Rogers, 1957).

A sexta condição enfatiza que a comunicação da empatia e da aceitação positiva incondicional deve ser feita de forma clara e eficaz. Isso significa que o terapeuta deve articular a sua compreensão e aceitação ao cliente de maneira que este sinta genuinamente essas experiências. A eficácia dessa comunicação pode determinar o sucesso da terapia, pois garante que o cliente não apenas receba a aceitação e a compreensão, mas também possa internalizá-las e usá-las como base para o seu crescimento pessoal (Rogers, 1957).

1.4.4. A teoria da personalidade

A teoria da personalidade de Carl Rogers, destaca a importância da experiência subjetiva e do potencial inato de cada indivíduo para o crescimento e a autorrealização. Central a essa teoria está o conceito de “*self*”, que se divide em dois aspectos principais: o *self* real e o *self* ideal. O *self* real representa a percepção atual que a pessoa tem de si mesma, engloba as suas emoções, as experiências e os comportamentos, enquanto o *self* ideal é a visão que o indivíduo tem de quem gostaria de ser. A discrepância entre esses dois *selves* pode gerar desconforto emocional e insatisfação, sendo, portanto, um foco importante na terapia, que procura ajudar o cliente a alinhar essas duas versões de si (Rogers, 2010).

Um dos pilares fundamentais da teoria de Carl Rogers é a tendência atualizante, que se refere à força inata que impulsiona os indivíduos a desenvolverem-se e a realizarem o seu potencial máximo. Essa tendência é motivada pela procura de experiências que promovam o bem-estar e o crescimento pessoal. Para que essa tendência se manifeste plenamente, é necessário que o indivíduo esteja inserido num ambiente que favoreça o seu desenvolvimento, caracterizado por aceitação, apoio e segurança emocional. Nesse contexto, as “condições de valor” desempenham um papel crucial. Estas condições são as expectativas e julgamentos que os indivíduos internalizam a partir das interações sociais, especialmente das figuras de apego, como pais e amigos. Quando uma pessoa sente que o seu valor depende de atender a essas

condições externas, pode ocorrer uma desconexão do *self* organísmico, levando à diminuição da auto aceitação e da autenticidade (Rogers, 2010).

A auto aceitação é, portanto, um componente essencial da terapia centrada no cliente. Quando os indivíduos conseguem aceitar as suas emoções e experiências sem julgamento, alcançam um estado de congruência, no qual as suas ações e sentimentos alinham-se de maneira autêntica. Essa congruência não só melhora a relação do indivíduo consigo mesmo, mas também favorece interações mais saudáveis e genuínas com os outros, contribuindo para a formação de relacionamentos mais significativos (Rogers, 2010).

A relação terapêutica é um dos aspetos mais importantes da abordagem de Rogeriana. O terapeuta atua como um "Outro significativo", que oferece um ambiente de aceitação incondicional, compreensão empática e congruência. Este espaço seguro permite que o cliente explore as suas experiências internas, questione as suas condições de valor e desenvolva uma autoimagem positiva. Ao promover a autoexploração, a terapia facilita o processo de autodescoberta e crescimento pessoal, ajudando o cliente a superar barreiras emocionais (Rogers, 2010).

Um conceito relevante que se interconecta com esses princípios é o locus de controlo, que se refere à percepção que um indivíduo tem sobre as causas das suas experiências e os seus resultados. Os indivíduos com um locus de controlo interno acreditam que têm controlo sobre as suas vidas e que as suas ações influenciam os resultados obtidos, enquanto que os indivíduos com um locus de controlo externo têm a tendência de observar os fatores externos como determinantes das suas experiências. A ACP pode ajudar os indivíduos a desenvolver um locus de controlo internalizado, encorajando-os a assumir a responsabilidade pelas suas escolhas e ações, o que, por sua vez, promove um maior senso de empoderamento e autoeficácia (Rogers, 2010).

Assim, a teoria da personalidade de Rogers enfatiza a importância da auto aceitação, da congruência e da relação terapêutica, visando facilitar o processo de autodescoberta e crescimento pessoal. Através dessa abordagem, espera-se que os indivíduos se tornem mais conscientes das suas experiências internas, superem barreiras emocionais e alcancem um maior senso de realização e bem-estar (Rogers, 2010).

1.4.5. A Pessoa Totalmente Funcionante

No âmbito da psicologia humanista desenvolvida por Carl Rogers, a pessoa totalmente funcionante é aquela que alcança um estado de pleno desenvolvimento das suas potencialidades, ao viver de forma autêntica e em harmonia com as suas experiências internas. Este conceito representa um ideal de crescimento psicológico contínuo, baseado na autorrealização e na confiança na própria capacidade de adaptação (Rogers, 2010).

Uma das características essenciais desta pessoa é a abertura à experiência. Isto significa que ela não impõe barreiras rígidas à percepção das suas emoções e vivências, permitindo-se explorar novas possibilidades sem receio de juízos externos ou repressões internas. Esta atitude favorece uma compreensão mais profunda de si própria e do mundo que a rodeia, possibilitando uma existência mais plena e significativa (Rogers, 2010).

Além disso, a pessoa totalmente funcionante manifesta um elevado grau de congruência, ou seja, uma coerência entre os seus sentimentos, pensamentos e comportamentos. Não age em contradição com os seus valores essenciais nem se molda de forma artificial para corresponder a expectativas externas. Pelo contrário, conduz a sua vida com autenticidade, sendo fiel às suas convicções e necessidades genuínas (Rogers, 2010).

Outro aspeto fundamental é a confiança no processo da vida. Em vez de procurar um controlo absoluto sobre todas as circunstâncias, esta pessoa desenvolve uma aceitação ativa da imprevisibilidade da existência, confiando na sua própria capacidade para lidar com desafios e mudanças. Esta postura não implica passividade, mas sim uma atitude flexível e adaptativa perante as transformações inerentes à experiência humana (Rogers, 2010).

Assim, a empatia e a aceitação incondicional são traços distintivos deste estado de desenvolvimento pessoal. A pessoa totalmente funcionante não só compreende as suas próprias emoções em profundidade, como também demonstra sensibilidade e respeito pelas vivências dos outros, promovendo relações interpessoais baseadas na compreensão mútua e na valorização da individualidade (Rogers, 2010).

Por fim, importa salientar que tornar-se uma pessoa totalmente funcionante não é um estado fixo ou definitivo, mas um processo contínuo de autodescoberta e crescimento. Trata-se de uma jornada na qual o indivíduo se envolve ativamente na construção de uma existência autêntica e significativa, sustentada na confiança em si próprio e na busca do seu pleno potencial (Rogers, 2010).

1.4.6. Desenvolvimento Terapêutico

O processo terapêutico na ACP envolve a criação de um ambiente seguro e acolhedor, onde o cliente pode explorar livremente seus pensamentos e sentimentos. O terapeuta atua como facilitador, ao proporcionar as condições necessárias para o crescimento pessoal. Através do diálogo aberto e da reflexão, o cliente é encorajado a tornar-se mais consciente das suas emoções e experiências, ao promover mudanças positivas na sua vida. Essa dinâmica permite que o cliente descubra as suas próprias respostas e soluções, em vez de depender de orientações externas (Nunes et al., 2018).

Assim, os principais objetivos da ACP são ajudar os indivíduos a tornarem-se mais autônomos, autoconfiantes e congruentes. A terapia visa facilitar o crescimento pessoal e a auto realização, ao permitir que os clientes compreendam melhor a si mesmos e as suas experiências. Ao promover a autoexploração e a aceitação, a abordagem procura apoiar os clientes na identificação das suas emoções e na superação de barreiras emocionais, contribuindo para uma vida mais satisfatória e autêntica (Nunes et al., 2018).

1.4.7. Atitudes do Terapeuta

No cerne dessa abordagem estão as atitudes do terapeuta, também conhecidas como *core conditions*, que são fundamentais para a eficácia do processo terapêutico. Estas atitudes criam um ambiente seguro e acolhedor, ao permitir que o cliente se sinta livre para explorar suas emoções, pensamentos e experiências, promovendo assim o autoconhecimento e a auto aceitação. As atitudes do terapeuta interagem de forma a facilitar a mudança e o desenvolvimento pessoal do cliente (Nunes et al., 2018).

Uma das principais atitudes do terapeuta é a compreensão empática, que envolve a capacidade de sentir o mundo interior da outra pessoa como se fosse o seu próprio, sem fazer avaliações e ainda a capacidade de compreender profundamente os sentimentos bem como a perspectiva do cliente . A empatia permite que o terapeuta se coloque no lugar do cliente, ao refletir e validar as suas emoções. Essa conexão empática é crucial para que o cliente se sinta ouvido e compreendido, ao criar um ambiente terapêutico acolhedor. Quando o terapeuta expressa empatia, o cliente é incentivado a abrir-se e a explorar questões difíceis, sentindo-se seguro para compartilhar os seus medos e vulnerabilidades ((Nunes et al., 2018; Rogers, et al. sd).

A empatia é a capacidade de sentir o mundo interior de outra pessoa como se fosse o seu próprio, sem fazer avaliações. Para Rogers, a empatia não avaliativa é essencial para criar um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal. É necessário que o facilitador comunique essa compreensão ao outro, demonstrando que ele é digno de ser ouvido. Embora esse nível de empatia profunda não seja frequente, quando alcançado, proporciona um clima favorável ao crescimento e amadurecimento. A empatia pode ser desenvolvida através da compreensão dos significados profundos das expressões verbais e não-verbais do outro, fazendo-o sentir-se valorizado, aceito e confiável (Rogers, et al., sd).

A congruência, complementa essa empatia. Refere-se à capacidade do terapeuta ser autêntico na relação, apresentando-se de maneira genuína, sem disfarces. Um terapeuta congruente é aquele que se expressa de maneira honesta e transparente, ao compartilhar os seus próprios sentimentos e pensamentos de forma apropriada durante a interação. Essa autenticidade não só estabelece um espaço de confiança, mas também serve como um modelo para o cliente, ao encorajá-lo a ser igualmente verdadeiro na sua auto expressão. Quando o terapeuta demonstra congruência, ele fortalece a relação terapêutica, ao permitir que o cliente perceba que pode ser autêntico e genuíno, sem medo de julgamentos (Nunes et al., 2018; Marques, 2000).

No entanto, aplicar essa atitude pode ser desafiador. É essencial que o terapeuta reconheça e aceite os seus próprios pensamentos, sentimentos e atitudes, tanto os negativos quanto os positivos, e que consiga expressá-los de maneira adequada. Isso não implica que o terapeuta deva compartilhar impulsivamente tudo o que sente. A congruência também requer que o terapeuta evite procurar abrigo na postura profissional em momentos de dificuldade (Marques, 2000).

Rogers enfatiza que não se espera que o terapeuta seja perfeitamente congruente em todos os momentos e em todas as áreas da sua vida, pois isso seria uma expectativa irrealista. O que se exige é que o terapeuta mantenha a congruência na relação com o cliente durante as sessões de terapia. Embora seja impossível para qualquer pessoa estar sempre em perfeita congruência consigo mesma, é crucial que essa congruência seja alcançada dentro do contexto da relação terapêutica (Marques, 2000).

Uma particularidade que pode gerar alguma análise é quando Rogers afirma: "É inútil agir calmamente e com delicadeza num momento em que estou irritado e disposto a criticar (...) como se soubesse as respostas dos problemas quando os ignoro (...) como se sentisse afeição por uma pessoa quando nesse determinado momento sinto hostilidade para com ela (...) como se estivesse cheio de segurança quando me sinto receoso e hesitante" (Rogers, 2010; pp. 39, linhas 26-31) Contudo, esta declaração pode entrar em conflito com o cuidado incondicional positivo e a compreensão empática. Portanto, é importante ser cauteloso ao aplicar este conceito de Rogers na relação terapêutica, ao garantir que seja adequadamente contextualizada (Marques, 2000).

O cuidado incondicional positivo é outra atitude essencial, que implica que o terapeuta aceita o cliente sem julgamentos, independentemente do que este compartilhe durante as sessões. Essa aceitação cria um espaço seguro onde o cliente pode explorar os seus pensamentos e emoções sem medo de rejeição ou crítica. Quando o terapeuta demonstra aceitação positiva incondicional, ele promove um ambiente onde o cliente se sente livre para ser quem realmente é, o que é fundamental para a autoaceitação e a autenticidade (Nunes et al., 2018).

Para Pagès (1976), citado por Almeida (2009): "A consideração positiva incondicional de Rogers é, digamos, um amor, mas um amor não ambivalente, diferente de todas as formas de amor-fuga, que o termo habitualmente adquire. É uma espécie de afeição desesperada e lúcida, que liga dois seres separados, unidos somente por sua condição comum de serem separados." (pp.99)

Segundo André de Peretti (1974), citado por Almeida (2009), a congruência refere-se a um foco em si mesmo, enquanto o cuidado incondicional positivo implica uma concentração no cliente, distanciando-se de si próprio. Portanto, a atenção dada a si mesmo é contrabalançada pela atenção ao outro. O cuidado incondicional positivo consiste em acolher o outro, enquanto a congruência é a aceitação de si mesmo. O cuidado incondicional positivo, por sua vez, representa a aceitação do outro.

Essas três atitudes — compreensão empática, congruência e cuidado incondicional positivo — estão interligadas e reforçam-se mutuamente. A empatia permite que o terapeuta compreenda as experiências do cliente, enquanto a congruência garante que essa compreensão

seja comunicada de forma autêntica. Por sua vez, o cuidado incondicional positivo cria um ambiente onde a empatia e a congruência podem florescer, possibilitando que o cliente se sinta seguro para explorar suas emoções mais profundas. Juntas, essas atitudes constituem a base da prática da Abordagem Centrada na Pessoa e desempenham um papel crucial na eficácia deste modelo terapêutico, facilitando o crescimento pessoal e a auto realização (Nunes et al., 2018).

Parte III Trabalho no Estágio

1. Objetivos

1.1. Objetivos Gerais

O estágio académico é uma componente essencial da formação profissional em psicologia. A sua realização proporciona uma experiência direta no ambiente de trabalho, ao permitir a aplicação e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica. Além disso, visa a aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e deontológicas indispensáveis ao exercício qualificado e responsável da profissão, promovendo também o desenvolvimento de habilidades interpessoais fundamentais à prática da psicologia.

1.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do estágio centraram-se na consolidação das competências fundamentais para a atuação na área da psicologia clínica, incluindo:

- Integrar os conhecimentos teóricos na prática profissional, favorecendo o desenvolvimento de competências especializadas em psicologia e saúde;
- Aperfeiçoar habilidades de observação e acompanhamento psicológico;
- Ampliar a experiência em avaliação psicológica, através da seleção, aplicação, análise e interpretação de instrumentos de avaliação, bem como na elaboração de relatórios diagnósticos;
- Realizar intervenções psicológicas ajustadas às necessidades individuais, grupais ou familiares;
- Observar e participar na dinamização de grupos terapêuticos;
- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais, como a escuta ativa, a compreensão empática e a aceitação incondicional do outro;
- Trabalhar de forma colaborativa com equipas multidisciplinares;
- Desenvolver uma atitude ética, crítica e reflexiva na prática profissional.

2. Atividades Desenvolvidas no Estágio

O primeiro dia de estágio foi dedicado à integração na instituição, ao começar com a apresentação da equipa em conjunto com uma explicação detalhada sobre o funcionamento da empresa e, em particular, do departamento de psicologia. Este primeiro contacto permitiu uma

compreensão inicial da dinâmica da organização e da interação entre os diferentes profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde.

Nas primeiras semanas, além da adaptação ao ambiente de trabalho, foram realizadas reuniões com diversas equipas da clínica, incluindo terapia ocupacional, enfermagem, serviço social e fisioterapia. Estes encontros proporcionaram uma visão mais ampla da abordagem multidisciplinar adotada na instituição, evidenciando a importância da colaboração entre diferentes áreas para um acompanhamento holístico dos utentes.

Ao longo dos meses de estágio, foi possível desenvolver diversas atividades fundamentais para a prática clínica. Entre elas, destacam-se a observação de consultas psicológicas, a participação na avaliação psicológica de utentes e a presença em reuniões multidisciplinares, onde se discutiam casos e estratégias de intervenção. Adicionalmente, houve a oportunidade de colaborar em sessões de psicoeducação e regulação emocional, ao contribuir para o apoio e orientação dos utentes no desenvolvimento de competências emocionais e cognitivas. Outra tarefa relevante foi a realização de pesquisas bibliográficas para fundamentar e preparar as sessões de grupo, garantindo que as intervenções fossem baseadas em evidências científicas.

Com o objetivo de proporcionar uma visão mais detalhada sobre o trabalho desenvolvido, serão expostas posteriormente as diferentes atividades realizadas ao longo do estágio, destacando a sua relevância para a formação profissional e o impacto na prática psicológica.

2.1. Observação Clínica

A observação representou a primeira experiência com a prática clínica e foi utilizada como um recurso essencial ao longo de todo o estágio. Dada a sua aplicabilidade em diferentes contextos do método clínico, demonstrou-se uma ferramenta indispensável nas consultas de acompanhamento psicológico, reuniões multidisciplinares, avaliações psicológicas e sessões de psicoeducação e regulação emocional.

Durante as consultas que tive a oportunidade de observar, a postura adotada foi essencialmente passiva, sem interferências, a fim de não impactar o decorrer da sessão e de proporcionar um ambiente mais confortável para o utente. Após cada atendimento, era realizada uma análise e discussão do caso, abordando aspetos como estratégias de intervenção,

possibilidades diagnósticas, métodos de avaliação pertinentes e eventuais dúvidas. Assim, a observação direta no contexto clínico atuou como ferramenta fundamental tanto para o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos na formação académica – incluindo teorias, perturbações psicológicas e instrumentos de avaliação – quanto para o desenvolvimento de novas habilidades profissionais.

Na perspetiva académica, a prática da observação clínica permite momentos de reflexão e pensamento crítico, que contribuem para a preparação dos estagiários na futura atuação profissional.

Considerando que as consultas psicológicas ocorrem num ambiente específico onde a relação de confiança é essencial para a eficácia da intervenção. Por fim, convém salientar que a participação nestas sessões foi viabilizada apenas após a obtenção do consentimento informado do cliente (ver Anexo I), garantindo o sigilo e a confidencialidade de todo o processo.

Durante este período de observação, foi possível analisar a dinâmica da clínica e as interações entre os utentes, com o objetivo de identificar as suas necessidades. Esta fase foi fundamental para compreender como poderíamos desenvolver propostas que não só melhorassem a qualidade de vida dos utentes, mas que também possibilitasse um acompanhamento mais personalizado. Tive ainda a oportunidade de observar o orientador de estágio a ministrar palestras sobre temas relevantes, como a perturbação bipolar e a perturbação *borderline*.

2.2. Participação em reuniões multidisciplinares

A cada 15 dias, participei nas reuniões multidisciplinares, nas quais foram apresentados os casos dos novos utentes e discutidas as particularidades dos mesmos, assim como estratégias e alterações nos tratamentos dos diferentes utentes. Em janeiro, iniciei os acompanhamentos clínicos, que contaram com a supervisão do orientador durante as sessões. De janeiro a março, realizei o acompanhamento individual de um caso clínico, o qual será abordado no próximo capítulo. Além disso, em abril e maio, finalizei a avaliação de outro caso clínico.

2.3. Participação em grupos terapêuticos de apoio

Durante o estágio, também fiquei responsável por gerir três grupos de utentes, ao organizar palestras sobre diversos temas. Um dos grupos era composto por utentes em longo

internamento, diagnosticados com deficiência intelectual. Para este grupo, a proposta foi trabalhar a regulação emocional, seguindo o programa do *Manual da Terapia Comportamental Dialética* (DBT) de Marsha Linehan, onde foram abordadas uma série de habilidades. Os outros dois grupos incluíam utentes com diferentes psicopatologias, como esquizofrenia, depressão major e perturbação bipolar. A proposta para estes grupos também foi baseada no Manual da DBT, porém o intuito era que as sessões fossem de um cariz psicoeducativo e abordámos temas como *mindfulness*, regulação emocional, estratégias de tolerância ao stress e, a pedido dos utentes, realizámos uma pequena palestra sobre a esquizofrenia.

Assim, segue-se uma pequena síntese dos temas mais importantes abordados nas sessões de psicoeducação.

2.3.1. Perturbações Bipolares

A perturbação bipolar (PB) é uma condição psiquiátrica crónica, marcada por variações significativas de humor, energia e capacidade cognitiva. Estas mudanças vão desde períodos de mania, com humor e energia elevados, até fases opostas, como nos episódios depressivos. Os pacientes também podem experienciar episódios mistos, nos quais sintomas de mania e depressão surgem ao mesmo tempo. Embora o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (quinta edição) ainda descreva a PB principalmente como uma série de episódios distintos, há um apelo crescente para que se reconheça a natureza cíclica e longitudinal desta condição. Compreender melhor essa instabilidade de humor pode contribuir para um cuidado mais eficaz e justificar o uso de medições mais frequentes, em combinação com modelos estatísticos avançados (Mildiner et al., 2024).

De facto, a instabilidade de humor entre episódios pode ser um aspeto central da perturbação. Foi identificado que pacientes com PB frequentemente alternam entre estados de humor de forma rápida, seja semanalmente, diariamente ou até de hora em hora. Esta instabilidade está associada a piores resultados, tanto em termos de sintomas como de funcionalidade, sugerindo que estratégias de tratamento alternativas podem ser necessárias. Assim, é essencial aprofundar o entendimento da instabilidade de humor na PB (Mildiner et al., 2024).

A perturbação bipolar manifesta-se através de várias formas clínicas: episódios de mania ou hipomania; episódios depressivos; episódios mistos; sintomas psicóticos; estados subclínicos de hipomania ou depressão ligeira; fases de humor instável com características de temperamento ciclotímico ou com traços semelhantes à personalidade *borderline*; episódios acompanhados de ansiedade, especialmente ataques de pânico; comorbilidade com o uso

abusivo de álcool ou drogas; comportamentos autodestrutivos e tendências suicidas (Afonso et al, 2018).

A PB engloba diferentes fases que podem manifestar-se de diferentes formas. A fase maníaca é caracterizada por um período limitado em que ocorre uma alteração do humor, manifestando-se em euforia, expansividade e irritabilidade. Durante esta fase, os indivíduos podem apresentar sintomas como uma auto-estima excessivamente elevada ou grandiosidade, que por vezes pode ser delirante, redução do sono, um aumento na quantidade de fala de forma desestruturada, desorganização do pensamento, falta de concentração, ansiedade, agitação psicomotora e, em alguns casos, abuso de álcool (APA, 2014).

Na fase hipomaníaca, o humor é predominantemente elevado, expansivo ou irritável, apresentando sintomas semelhantes aos da fase maníaca, mas de forma menos grave. As alterações de humor não são suficientemente severas para causar um impacto significativo nas atividades sociais ou profissionais, e a hospitalização não é necessária (APA, 2014).

Durante a fase depressiva, o paciente manifesta sintomas de tristeza, apatia, movimentos mais lentos, aumento do sono, perda de energia, dificuldades de concentração, sintomas somáticos e perda de apetite (APA, 2014).

Por último, a fase mista é caracterizada pela presença simultânea de sintomas de mania e de depressão, manifestando-se em diferentes combinações, de acordo com as oscilações de humor e as mudanças nos comportamentos e pensamentos. A forma mais comum nesta fase é a "mania depressiva", que se caracteriza por hiperatividade e agitação nos movimentos, insónia, discurso e pensamento desorganizados, associados a um pensamento depressivo, maior sensibilidade emocional e sentimentos de culpa.

Os sintomas da perturbação bipolar afetam o humor, a cognição e o comportamento, apresentando uma ampla diversidade de intensidade e manifestações clínicas, que podem ser organizadas em três categorias principais:

1. No tipo I, os episódios depressivos alternam com episódios de mania. Corresponde à forma mais clássica da perturbação e por norma o mais frequente é uma fase de mania seguida de uma fase de depressão. Os sintomas psicóticos podem aparecer tanto numa fase como noutra, mas podem também não estar presentes (Afonso et al, 2018).
2. No tipo II, ocorrem episódios de depressão intercalados com fases de hipomania. Caracteriza-se pela combinação de episódios de depressão com hipomanias espontâneas. Muitos pacientes com este tipo de perturbação são diagnosticados e

tratados como sendo pacientes de depressão unipolar, devido ao facto de se dirigirem ao médico apenas quando estão nesta fase depressiva (Afonso et al, 2018).

3. A ciclotimia caracteriza-se pela alternância entre hipomania e episódios depressivos ligeiros, que não cumprem os critérios de um episódio depressivo major (Afonso et al, 2018).

Para além destas categorias, a doença bipolar inclui variantes sindrômáticas, como os episódios mistos, onde coexistem sintomas depressivos e maníacos num único episódio (Afonso et al, 2018).

A complexidade do tratamento da perturbação bipolar ao longo da vida deve-se à natureza instável e variada dos sintomas, à necessidade de ajustar continuamente a abordagem terapêutica a diferentes episódios afetivos e às características individuais do curso e evolução da doença em cada paciente (Afonso et al, 2018).

A perturbação bipolar afeta mais de 1% da população mundial, independentemente da nacionalidade, origem étnica ou nível socioeconómico. Esta condição é uma das principais causas de incapacidade entre jovens, resultando em prejuízos cognitivos e funcionais e numa taxa de mortalidade mais elevada, especialmente devido ao suicídio. É comum que as pessoas afetadas tenham comorbidades psiquiátricas e médicas (Grande et al., 2016).

O diagnóstico da perturbação bipolar é particularmente desafiante na prática clínica, pois, na maioria das vezes, os sintomas iniciais surgem como um episódio depressivo. Além disso, ainda não existem biomarcadores específicos para esta perturbação, o que torna a avaliação clínica um elemento crucial. Por norma, identificar períodos de hipomania e realizar uma avaliação longitudinal são passos essenciais para diferenciar a perturbação bipolar de outras condições. A compreensão atual das estratégias farmacológicas e psicológicas, em constante evolução, é de extrema importância para o tratamento eficaz desta condição (Grande et al., 2016).

Esta perturbação apresenta uma taxa de mortalidade que é duas a três vezes superior à da população geral. Cerca de 10–20% das pessoas com perturbação bipolar acabam por tirar a própria vida, e quase um terço admite ter feito pelo menos uma tentativa de suicídio. As manifestações clínicas da perturbação bipolar são muito variadas, desde episódios leves de hipomania ou depressão ligeira até formas graves de mania ou depressão, acompanhadas de psicose intensa. A prevalência da perturbação é semelhante entre homens e mulheres, com exceção do ciclismo rápido, uma variante severa e difícil de tratar, que ocorre mais frequentemente em mulheres. Devido ao elevado risco de recaída e suicídio, é recomendada a terapêutica farmacológica a longo prazo (Müller-Oerlinghausen et al., 2002).

2.3.2. Mindfulness

O *mindfulness* é um dos pilares centrais da DBT, desenvolvida por Marsha Linehan, sendo considerado uma habilidade fundamental para aumentar a consciência e o controlo sobre pensamentos, emoções e comportamentos. De acordo com o *DBT Skills Training Manual* (2015), o *mindfulness* é uma ferramenta poderosa para desenvolver atenção plena e aceitação do momento presente, o que é especialmente útil para indivíduos que enfrentam dificuldades emocionais intensas (Linehan, 2015).

O *mindfulness* na DBT baseia-se no conceito de atenção plena, que é a capacidade de concentrar-se no presente de forma intencional e sem julgamentos. Através dessa prática, os indivíduos aprendem a observar as suas experiências internas e externas com mais clareza, o que os auxilia a responder de maneira mais equilibrada, em vez de reagir impulsivamente. A primeira habilidade ensinada é a observação, que consiste em perceber os pensamentos, emoções e sensações corporais sem tentar controlá-los ou mudá-los. O objetivo é simplesmente perceber o que está a acontecer, tanto dentro quanto fora de si, sem se deixar levar por julgamentos ou emoções. Isso permite que as experiências emocionais intensas sejam vistas de forma mais natural e menos reativa (Linehan, 2015).

A segunda habilidade é a de descrever o que está a ser observado de maneira precisa e sem julgamentos. Descrever significa colocar por palavras o que está a acontecer, seja um sentimento, pensamento ou evento externo, sem adicionar interpretações pessoais ou julgamentos de valor. Ao descrever a experiência de maneira neutra, o indivíduo ganha mais clareza e controlo sobre o que está a vivenciar. A terceira habilidade é a de participar plenamente no momento presente. Participar envolve mergulhar completamente numa atividade ou experiência sem distrações, o que permite que o indivíduo se envolva plenamente no que está a fazer, o que ajuda a aumentar a sensação de controlo emocional e reduz a dispersão mental (Linehan, 2015).

Na DBT, Linehan também utiliza a metáfora das “três mentes” para explicar como o *mindfulness* funciona: a mente racional, a mente emocional e a mente sábia. A mente racional baseia-se em factos, lógica e análise, enquanto a mente emocional é guiada por sentimentos e impulsos. A mente sábia é o equilíbrio entre essas duas, ao combinar a razão e a emoção de maneira harmoniosa. A mente sábia é acessada através da prática do *mindfulness*, ao permitir que o indivíduo responda às situações de maneira mais consciente e equilibrada, sem ser dominado pela emoção ou apenas pela lógica (Linehan, 2015).

Os benefícios do *mindfulness* na DBT são vastos, proporcionando maior clareza mental e estabilidade emocional. Ele permite criar um espaço entre o estímulo e a resposta, o que dá à

pessoa mais controlo sobre as suas reações. A prática regular ajuda a observar emoções e pensamentos sem ser dominado por eles, o que promove uma maior aceitação e capacidade de lidar com situações difíceis de forma mais equilibrada. Ao praticar o *mindfulness* de maneira consistente, o indivíduo desenvolve uma atitude de aceitação e compreensão em relação às experiências da vida, o que contribui para a redução do sofrimento emocional (Linehan, 2015).

Um dos principais insights dessa abordagem é que o *mindfulness* não ajuda apenas a reduzir o sofrimento emocional, mas também promove uma maior autoconsciência. Ao observar as suas experiências internas sem julgamento, o indivíduo torna-se menos suscetível a ser controlado por emoções intensas, o que aumenta a sua capacidade de controlar as suas respostas. Numa última análise, a prática do *mindfulness* ensina que emoções e pensamentos fazem parte da experiência humana, mas não precisam definir ou governar as nossas ações. Ao cultivar essa habilidade, as pessoas podem viver de maneira mais equilibrada e consciente, enfrentando desafios emocionais com maior serenidade e sabedoria (Linehan, 2015).

2.3.3. Regulação Emocional

A regulação emocional é o segundo pilar central da DBT, sendo uma habilidade essencial para quem enfrenta dificuldades em lidar com emoções intensas e impulsivas, como é o caso de indivíduos com perturbação de personalidade *borderline* (PPB). O conceito abrange a capacidade de identificar, compreender e operar as emoções de forma mais saudável, especialmente em situações de stresse ou de desregulação emocional intensa (Linehan, 2015).

Segundo o *DBT Skills Training Manual* (2015), o processo de regulação emocional inicia-se com a identificação e compreensão das emoções. Isto significa que o indivíduo precisa ser capaz de nomear e reconhecer o que está a sentir e perceber os componentes que formam essa experiência emocional, como as sensações físicas, os pensamentos que acompanham a emoção e os impulsos que surgem a partir dela. Ao identificar claramente as emoções, torna-se possível reagir de maneira mais consciente e adaptativa, evitando respostas automáticas e impulsivas (Linehan, 2015).

Outro aspecto central da regulação emocional na DBT é a redução da vulnerabilidade emocional. Marsha Linehan sugere estratégias preventivas para fortalecer o bem-estar emocional e reduzir a probabilidade da pessoa se sentir emocionalmente sobrecarregado. Essas estratégias incluem cuidar da saúde física, o que envolve manter hábitos saudáveis como dormir adequadamente, alimentar-se bem e praticar exercícios físicos. Além disso, evitar situações que possam desencadear reações emocionais extremas ou stressantes e envolver-se em atividades

que gerem emoções positivas são formas de minimizar a vulnerabilidade a emoções desreguladas (Linehan, 2015).

Outro conceito-chave na regulação emocional da DBT é a aceitação radical, que envolve aceitar a realidade tal como ela é, sem julgamentos ou tentativas de mudança imediata. A aceitação radical reduz o sofrimento emocional ao diminuir a resistência interna contra situações inevitáveis, ao permitir que a pessoa lide com os desafios de maneira mais calma e controlada. Esta abordagem é essencial para lidar com emoções que, embora dolorosas, fazem parte da experiência humana e não podem ser evitadas ou eliminadas instantaneamente (Linehan, 2015).

Em suma, a DBT ressalta a importância de entender o impacto das emoções sobre as ações. Muitas vezes, as pessoas agem impulsivamente sob o efeito de emoções intensas, o que pode levar a comportamentos prejudiciais. A DBT ensina que é necessário aprender a separar a emoção da ação, permitindo que as decisões sejam guiadas por um raciocínio mais equilibrado e não pelo impulso emocional do momento (Linehan, 2015).

A regulação emocional, conforme instruída na DBT por Marsha Linehan, é uma habilidade crucial para quem enfrenta dificuldades com a impulsividade e a intensidade emocional. Ao desenvolver essas competências, o indivíduo não apenas aprende a controlar as suas emoções, mas também a viver de forma mais equilibrada, ao aceitar as realidades da vida e a dar a resposta de uma maneira mais ponderada (Linehan, 2015).

Uma das grandes inferências desta abordagem é que, ao contrário do que muitas vezes se acredita, não se trata de suprimir as emoções, mas sim de compreendê-las, aceitá-las e, quando necessário, modificá-las para que não governem as nossas ações de maneira prejudicial (Linehan, 2015).

2.3.4. Estratégia de Tolerância ao Stress

A estratégia de tolerância ao stress é uma parte essencial da DBT, com o objetivo de ajudar os indivíduos a enfrentar crises e situações de sofrimento sem recorrer a comportamentos impulsivos ou autodestrutivos. De acordo com o *DBT Skills Training Manual* (2015), essas estratégias são particularmente úteis para pessoas que lidam com perturbações emocionais graves, como a PPB, que frequentemente apresentam dificuldades em suportar situações de stress de forma adaptativa (Linehan, 2015).

O principal objetivo das habilidades de tolerância ao stress na DBT é permitir que o indivíduo suporte momentos de crise sem piorar a situação. Isso torna-se crucial quando as emoções são tão intensas que parecem insuportáveis (Linehan, 2015).

Uma das habilidades fornecidas por Linehan, envolve a distração. Esta técnica ajuda a desviar temporariamente a mente de uma situação stressante, evitando que as emoções intensas resultem em comportamentos impulsivos. A autora propõe o uso de atividades que redirecionam a atenção, como hobbies, conversas com amigos ou tarefas quotidianas. A distração oferece o tempo necessário para que as emoções diminuam de intensidade, permitindo uma resposta mais equilibrada (Linehan, 2015).

Além disso, a DBT enfatiza o uso de auto acalmamento por meio dos cinco sentidos. Esta estratégia envolve que o indivíduo se concentre em estímulos sensoriais agradáveis, como ouvir música relaxante, observar imagens que transmitam tranquilidade, sentir aromas agradáveis ou saborear o seu alimento preferido. Estas práticas ajudam a reduzir o nível de stress e a trazer o foco para experiências sensoriais prazerosas, o que contribui para diminuir a intensidade das emoções negativas (Linehan, 2015).

Outro componente fundamental da tolerância ao stress é praticar a aceitação do sofrimento. A DBT ensina que o sofrimento é uma parte inevitável da vida e que aceitar essa realidade de maneira plena, sem resistência, é crucial para reduzir o impacto emocional negativo. Essa aceitação radical não deve ser confundida com resignação, em vez disso, é uma forma de evitar aumentar o sofrimento ao resistir a algo que não pode ser mudado (Linehan, 2015).

Em suma, as estratégias de tolerância ao stress propostas por Linehan na DBT visam fornecer às pessoas as ferramentas necessárias para enfrentar situações emocionais difíceis sem agravar o sofrimento. Ao ensinar habilidades para suportar crises de forma segura, a DBT promove a resiliência emocional e ajuda a pessoa a lidar melhor com as adversidades inevitáveis da vida (Linehan, 2015).

Um dos principais insights dessa abordagem é a compreensão de que, em momentos de stress extremo, o foco não deve ser, necessariamente, resolver imediatamente o problema, mas sim suportar o momento sem piorar a situação. A aceitação radical é fundamental aqui, pois mostra que resistir à realidade apenas intensifica o sofrimento. Aceitar as circunstâncias como elas são pode ser uma maneira poderosa de reduzir o impacto emocional negativo e, por consequência, enfrentar crises com mais serenidade (Linehan, 2015).

Essas estratégias, quando praticadas de forma consistente, proporcionam uma base sólida para que os indivíduos enfrentem crises de forma mais equilibrada, ao aceitar as dificuldades como parte integrante da vida e respondendo a elas de maneira mais calma e ponderada (Linehan, 2015).

2.4. Preparação dos grupos terapêuticos de apoio

As sessões de psicoeducação e regulação emocional foram planeadas e conduzidas por um grupo de três estagiárias, de forma colaborativa e estruturada. Semanalmente, realizávamos três sessões de psicoeducação: duas dirigidas ao grupo de curto internamento, com cerca de 15/20 utentes, e uma destinada ao grupo de longo internamento, com cerca de 10 utentes. Além disso, era também conduzida uma sessão de regulação emocional com um grupo de longo internamento, composto por utentes diagnosticadas com deficiência intelectual.

A preparação das sessões era realizada em conjunto, utilizando principalmente o livro de Marsha Linehan sobre Terapia Dialético-Comportamental (DBT) como referência base. Para complementar o conteúdo, realizávamos pesquisas adicionais na literatura científica, garantindo que os temas abordados fossem apresentados de forma abrangente e fundamentada. O trabalho era dividido entre as três estagiárias, sendo que cada uma aprofundava uma parte específica do tema e ficava responsável por apresentá-la durante a sessão.

Durante as sessões de regulação emocional, devido às dificuldades das utentes em manter o foco, procurávamos tornar os encontros mais dinâmicos e práticos, sem perder o alinhamento com o material preparado. O foco principal destas sessões era a compreensão das emoções, as reações associadas a cada uma delas e o desenvolvimento de estratégias para gerir emoções mais difíceis. A abordagem incluía a utilização de exemplos do dia a dia, exercícios interativos e atividades que incentivassem a expressão emocional, promovendo assim um ambiente mais acessível e eficaz para as utentes.

A estruturação e execução destas sessões proporcionaram uma experiência valiosa, tanto para as utentes como para nós, enquanto estagiárias. O trabalho em equipa, a pesquisa rigorosa e a adaptação às necessidades específicas de cada grupo foram aspetos fundamentais para garantir a eficácia e a pertinência das sessões realizadas.

Parte IV Apresentação e discussão de casos

As sessões ocorreram num ambiente reservado, caracterizado por uma decoração sóbria, com iluminação adequada, temperatura agradável e isolamento acústico, de modo a garantir o conforto, a segurança e a privacidade do utente.

Antes do início das consultas, foi obtido o consentimento informado das pacientes, com uma explicação detalhada sobre a confidencialidade das informações, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos. Para preservar o anonimato, os nomes reais foram substituídos por nomes fictícios, nomeadamente, Joana e Maria.

1. Caso de Acompanhamento

A primeira consulta com Joana teve lugar em abril de 2024 e tive a oportunidade de a acompanhar até ao fim do meu estágio (junho), não existindo a possibilidade de prosseguir com o processo clínico. Neste contexto foram realizadas treze consultas, com uma periodicidade de duas sessões semanais, sendo que Joana faltou a duas, com os motivos de doença e ausência da clínica.

1.1. Anamnese Clínica

Identificação

A paciente, com o nome fictício Joana, tem 22 anos. Iniciou o acompanhamento em abril, aos 21 anos. Nasceu no Alentejo e era estudante de psicologia, tendo congelado a matrícula devido a um desgosto amoroso e a um “esgotamento nervoso” (cit.).

Motivo da consulta/internamento

Joana foi encaminhada à clínica através do Hospital público após uma tentativa de suicídio. A ideia era depois voltar ao local onde estava internada antes, onde tentou tirar a sua própria vida, mas isso causava-lhe pânico e trazia-lhe más memórias, além de que refere que não se identificava com o método que utilizavam e com as pessoas de lá. Decidiu-se que seria acompanhada na clínica atual para melhorar a auto-estima, aprender a conseguir confiar nas pessoas e a aprender a lidar com suas emoções intensas.

Anamnese médica geral

A Joana foi diagnosticada como *borderline* em agosto de 2023 pelo psiquiatra e faz medicação para a sua condição mental. Ela lida com pensamentos suicidas e auto-lesivos

recorrentes, tem problemas com alimentação e refere que pensa muito sobre si e sobre as suas ações mas é muito impulsiva.

Anamnese biográfica

História Familiar

A Joana vive com os pais e com um dos dois irmãos mais velhos. A mãe é administradora hospitalar e o pai é engenheiro eletrotécnico. Tem uma boa relação com o avô materno. O avô paterno, já falecido, era alcoólico e diabético e a avó paterna vive nos Açores, mantendo uma boa relação apesar da distância. Nunca conheceu a avó materna, que morreu cedo.

Antecedentes

A mãe de Joana tinha depressão e após a gravidez teve depressão pós-parto e por isso, foi internada, sendo Joana cuidada por uma senhora (D. Céu). O irmão mais velho da Joana foi diagnosticado com bipolaridade e ela relata que ele também tem problemas com álcool mas não quer admitir.

Posição social

Joana cresceu livre de preocupações financeiras, relata que sempre viveram bem e se algum dia passaram por dificuldades financeiras ela nunca se apercebeu. Filha de pais conservadores, a relação com os pais e irmãos é complexa. A Joana cresceu num ambiente familiar tenso, com episódios de violência física e verbal (ameaças) por parte do pai, relata que ele se descontrolava por coisas mínimas e que descarregava em todos, diz ainda que só mudou de postura uns anos mais tarde ao perceber a gravidade da depressão de Joana, contudo as agressões verbais continuaram assim com as agressões físicas à mãe.

Ambiente familiar

Com a mãe, a relação é boa, mas a mãe tem dificuldade em aceitar os sentimentos de Joana, por exemplo Joana refere que muitas vezes quando fala com a mãe e afirma que está ansiosa a mãe diz-lhe “não podes sentir isso”, o que faz com a Joana sinta como se os seus sentimentos não fossem válidos. O irmão mais velho abusou sexualmente dela aos 7 anos, mas Joana dissocia quando estão juntos e mantém uma relação cordial, mesmo assim também relata que este irmão sempre foi violento com ela, relata que “não eram só aquelas brincadeiras de irmãos”. O irmão do meio, que vai ser pai, era muito próximo de Joana, mas agora já não vivem

juntos e estão mais distantes devido às novas responsabilidades dele. Apesar de tudo Joana afirma que sempre se sentiu “posta de lado” e julgada pelo seu seio familiar, segundo Joana “eu era demasiado fora da caixa e os meus pais eram demasiado fechados”, ela afirma que eles sempre quiseram uma filha que ela não era, como por exemplo incutir-lhe valores religiosos, a Joana relata que não acredita em Deus e que a mãe a obriga a ir à missa, afirma ainda que o pai ficou sem lhe falar durante 2 meses aos 18 anos quando ela disse que não queria ir mais à missa.

História Pessoal

Idade pré-escolar (até 5 anos)

Joana diz não ter sido uma gravidez planeada (38 anos), contrariamente aos irmãos. Durante a gravidez, a mãe interrompeu a medicação, resultando num parto prematuro para que fosse possível retomar a medicação devido ao agravamento dos sintomas. Após o nascimento, a mãe foi internada durante 6 meses devido à depressão pós-parto, e Joana foi cuidada por uma senhora, a D. Céu. Dado estes acontecimentos, a Joana não foi amamentada pela mãe. A sua cuidadora teve um grande impacto na vida de Joana, e a sua morte em 2022 deixou Joana muito revoltada e emocionalmente abalada.

Idade escolar (2ª infância)

Na escola primária, Joana sofreu bullying devido ao seu cabelo encaracolado e pele morena, chamavam-lhe nomes e batiam-lhe. Foi nesta altura que começou a ser acompanhada no psicólogo. No ballet, também foi alvo de bullying. Na natação, sofreu assédio sexual por parte de colegas e até do professor, refere que os colegas tocavam-lhe debaixo de água e mesmo o professor chegou a tocar-lhe de maneira imprópria, e por isso Joana sente que sempre foi muito sexualizada.

Refere que não se lembra se tinha boas notas nem como era a relação com os professores, relata ainda que tem muitos lapsos de memória. Relativamente à alimentação diz que sempre foi um problema para ela, que ora come muito ora não come nada.

Adolescência

Joana começou a consumir drogas aos 14 anos para se integrar com os "rebeldes" da escola. No ensino secundário, o bullying continuou com toques não consentidos e agressões físicas. Apesar disso, Joana manteve boas notas. Aos 16 anos, começou a inalar cocaína e ecstasy bem e também começou a tomar comprimidos da mãe sem saber exatamente o que

eram. Refere ainda que nos tempos livres ia para o café consumir álcool e estupefacientes, mas que também gostava de pintar quadros. Aos 17 anos, a mãe teve outra depressão grave, focando-se no irmão mais velho e acusando Joana e o outro irmão pelos seus problemas. Relata que o facto de sempre ter sido muito mimada pela sua mãe que neste momento não tinha capacidades para a ajudar fez com que Joana entrasse numa espiral de adições, visto que deixou de ser a mãe a tomar conta dela e passou a ser ela a tomar conta da mãe, afirma que se sentia “desamparada, sem chão e impotente”. Aos 18 anos, durante a pandemia, começou a isolar-se para beber compulsivamente e a fumar sozinha em casa. Aos 21 anos, a Joana via as suas amigas que já tinham relações sexuais e ela sentia-se excluída, então, decidiu ter a primeira relação sexual consentida, mas sem envolvimento emocional e segundo ela não correu bem. Após este evento, sofreu novamente um abuso sexual quando estava alcoolizada, diz que estava “completamente fora de si”, como consequência Joana iniciou uma fase de comportamento sexual compulsivo, envolvendo-se com mais de 60 homens em dois meses, nas quais não utilizava qualquer tipo de proteção. Este comportamento hoje em dia traz alguma revolta a Joana, que diz sentir nojo de si própria quando relembra essa frase, mas reconhece que teve várias experiências sexuais traumáticas que fizeram com que ela sentisse a necessidade de encontrar uma forma de procurar conforto numa área da vida dela que só lhe tinha trazido sofrimento. Quando o pai soube que ela tinha sido abusada sexualmente disse-lhe “a partir de agora tenho menos consideração por ti e pelo teu corpo” (cit.) isto fez com que o sentimento de culpa que ela já sentia aumentasse ainda mais. Mais tarde, começou a fugir de casa para se prostituir com homens que conhecia na internet para ter dinheiro para droga, diz que estava tão degradada que sentia que merecia o que estava a acontecer, hoje em dia sente que perdeu os seus valores morais.

Início da vida adulta

Refere que o desejo de seguir psicologia para trabalhar com crianças surgiu como influência de uma psicóloga que ela teve e que a ajudou a para com as auto-lesões, pelo menos por um tempo, mas que hoje em dia já não consegue imaginar um futuro onde isso se concretize.

Acabou por entrar em psicologia na universidade, mas teve que congelar a matrícula devido a um desgosto amoroso e um “esgotamento nervoso” (cit.). A relação não oficializada com um colega de turma, pela qual se apaixonou intensamente, desencadeou uma depressão profunda. Consumia até 25 “charros” (cit.) por dia e teve um burnout durante a época de exames, pois diz que queria ter a nota máxima para provar a esse rapaz que apesar de tudo conseguia ter boas notas. Uns meses mais tarde decidiu que queria voltar a estudar, mas agora

em Design de Moda e então os pais deram-lhe 500 euros para ela tratar da matrícula e ela gastou tudo em substâncias psicoativas e foi quando Joana percebeu que tinha um problema e decidiu contar aos pais que rapidamente a levaram para uma comunidade terapêutica para toxicodependentes. Segundo Joana, tentou suicidar-se 8 vezes e foi internada em mais um centro de tratamento para a adição, mas recaiu após ambos.

O que ela conta sobre as tentativas de suicídio:

- “Uma vez bêbeda tentei atravessar a estrada quando estavam imensos carros a passar e um carro chegou a tocar-me ao de leve mas só fiquei com uma nódoa negra, mas foi com o intuito de me matar.” (cit.)
- “Estava sentada no parapeito da janela, no 4º andar com o intuito de me atirar, mas o meu pai apareceu, ele não reparou que eu me ia atirar, disse-me para eu sair dali e eu disse que não, mas depois não ia conseguir fazer aquilo à frente do meu pai por isso desci, depois ele queria trancar-me a janela para eu não poder abri-la.” (cit.)
- “Com uma faca, tentei cortar-me.” (cit.)
- 2º local de tratamento: “Tomei 140 comprimidos (rivotril, antipsicóticos e vitrex), eu estava meio estranha e alguém veio ter comigo e eu disse “olha não contes a ninguém mas tomei alguns comprimidos a mais e estou a sentir-me na lua” depois apareceu um rapaz que estava lá há mais tempo e chamaram logo ajuda e foram ver na sala da medicação que eu tinha roubado os frascos.” (21 anos - tentativa mais recente, mais uma história que não parece fazer sentido)

Vago, não consegue enumerar as 8 tentativas.

Atualidade

Joana apresenta sintomas de hipoatividade (redução do nível da atividade física e mental), sentimentos de desesperança, pensamento suicidas (nas primeiras sessões referiu que já não tinha nem pensamentos suicidas nem vontade de se autolesionar, mas esse relato mudou ao longo das sessões), esses pensamentos surgem quando ela se sente apática, apresenta também sintomas de fadiga (relata que por mais que durma acorda sempre cansada), sentimentos de culpa, dificuldades de memorização e de concentração e por isso muitas vezes falta às atividades ou sai mais cedo, os dias dela na clínica são passados na cama sem vontade de sair dela e não tenta contrariar este sentimento, o que também demonstra o seu auto isolamento e diz que tem dificuldades a adormecer e acordar de manhã. Nos dias que se consegue levantar, às vezes não tem vontade de tomar banho e quando as enfermeiras não reparam ela aproveita para não tomar, apresenta também sintomas de anedonia pois já não sente

vontade em fazer as coisas que antes lhe davam prazer como pintar. Por vezes, sai do quarto para ir ter com os colegas mas relata que se sente desconfortável e que se sente estranha ao pé de pessoas. Por palavras dela diz que apenas “está a existir”

A paciente apresenta também alterações no apetite e relatou recentemente preocupações relacionadas à sua alimentação. Ela expressou desconforto em relação à ideia de realizar refeições, experimentando sensações de náusea e episódios de vômito, consistentes após a ingestão de alimentos.

Demonstrou uma preocupação excessiva com a redução do seu peso corporal, associada a sentimentos de culpa após as refeições. Embora consciente da necessidade de manter hábitos alimentares saudáveis, ela descreve uma luta interna entre o desejo de seguir o caminho correto e uma tendência a adotar comportamentos alimentares disfuncionais.

Ela manifestou relutância em compartilhar os seus problemas alimentares com terceiros, receando influências que contrariem a sua atual disposição. Ela relata uma aversão à ingestão de alimentos durante o dia, manifestando-se em sentimentos de náusea apenas ao considerar a alimentação.

Esses problemas alimentares têm sido uma preocupação persistente para a paciente, com a adoção de comportamentos purgativos, incluindo a indução de vômito, iniciados durante um período anterior de internação e relata que só parou por ter testemunhado as consequências adversas da anorexia em outras pessoas.

A paciente apresenta aversão à imagem corporal, expressando descontentamento e uma falta de reconhecimento em relação à própria aparência no espelho.

Embora a paciente procure apoio e orientação da sua mãe em relação aos seus problemas alimentares, ela expressa reservas em compartilhar essa preocupação com o seu pai, receando julgamentos e rotulações negativas, refere ainda que ele apenas lhe ia dizer que “é só mais um problema”.

Em períodos de maior depressão, os hábitos alimentares da paciente variam entre períodos de consumo excessivo e períodos de restrição alimentar severa, sugerindo uma relação complexa e disfuncional com a alimentação.

Na sessão seguinte a Joana apareceu muito mais alegre, relatou que no fim de semana tinha ido com os pais ao último sítio onde esteve internada (onde tentou tirar a própria vida) e conseguiu observar a sua evolução, antes sentia-se degradada e sem força e agora conseguia ver a realidade com mais clareza, relata ainda ter sido um “abre olhos” para a questão da alimentação dizendo “se já cheguei onde cheguei não vou arranjar mais problemas para mim”, o que contrasta com a atitude que manteve na sessão passada em que dizia que não queria

contar a ninguém do seu problema alimentar para que não a ajudassem. Assim revelou que voltou a fazer a sua alimentação normal.

Numa das sessões falou num episódio que tinha acontecido no fim de semana anterior, onde os pais tinham ido visitá-la e houveram tantas discussões que o pai acabou a bater na mãe, o que deixou Joana ainda mais perturbada. Duas semanas mais tarde, teve que lidar com mais situações de agressão, porém desta vez por parte do irmão contra os pais. Joana afirma que ver os seus pais desgastados e desiludidos trouxe-lhe à mente, mais uma vez, pensamentos autocríticos e depreciativos de si mesma, como “eu nunca faço nada bem feito” e “eu não valho nada”, este acontecimento levou a mais uma recaída, onde acabou por autolesionar-se com ampolas que conseguiu roubar na enfermagem e também inalou a sua medicação.

Fala num amigo que lhe dá apoio, que trata-a bem e que lhe mostra que ela tem valor, refere que não conhece nenhum homem como ele, Joana está a desenvolver sentimentos por ele e preocupa-se com o facto de estar a ficar depende emocionalmente dele e tem medo de confiar demasiado e de ser rejeitada, devido aos problemas de intimidade que ela enfrenta. Entretanto este amigo não voltou a ser mencionado e duas semanas mais tarde, a Joana confessou que começou a namorar com um rapaz (amigo de uma utente que está internada na clínica, conheceram-se quando ele foi visitar essa utente).

1.2. Observação

Durante as sessões com a paciente, foram observados vários aspetos relevantes para a compreensão do seu funcionamento emocional e comportamental. Em seguida, descrevo as principais características observadas durante a interação.

A paciente apresentava uma postura corporal que variava significativamente ao longo da sessão, frequentemente oscilando entre uma atitude tensa e retraída e momentos de descontração momentânea. O seu tipo morfológico não apresentava características extremas, mantendo um peso e altura na média, mas era evidente uma certa fragilidade física que, quando em interação com o seu comportamento, sugeria vulnerabilidade.

A postura da paciente era geralmente rígida e fechada, principalmente nos momentos iniciais da consulta, sugerindo uma dificuldade em confiar e uma constante vigilância do ambiente. Frequentemente mantinha os braços cruzados ou as mãos entrelaçadas de forma tensa, indicando um estado de defesa emocional. No entanto, durante os momentos de maior conexão emocional ou quando sentia empatia por parte do terapeuta, era notável um relaxamento ligeiro, com gestos mais abertos e espontâneos.

A expressão facial da paciente era um reflexo direto do seu estado emocional, exibindo uma intensidade e volatilidade características da perturbação *borderline*. Houve momentos de expressões intensamente tristes, seguidos por sorrisos rápidos e breves, que surgiam sem uma correspondência emocional aparente, possivelmente como um reflexo de tentativas de adaptação social. Era comum uma expressão de angústia e confusão, acompanhada de olhares fixos e prolongados para o chão, especialmente durante as partilhas mais vulneráveis.

A gesticulação da paciente era, em geral, limitada, mas tornava-se mais expressiva em momentos de elevada carga emocional. Nos momentos em que falava de situações que evocavam dor ou frustração, os gestos tornavam-se mais agitados e desorganizados, com movimentos bruscos das mãos, possivelmente indicativos de uma dificuldade em regular a expressão de sentimentos intensos.

Ao entrar e sair da sala de consultas, a paciente apresentava uma marcha hesitante e um pouco instável, com passos curtos e olhar frequentemente direcionado para o chão. Este padrão pode refletir um nível basal de insegurança e a dificuldade em manter-se ancorada no presente, uma característica comum em pessoas com esta perturbação.

A fala era, por vezes, rápida e desorganizada, especialmente quando abordava temas emocionalmente intensos ou experiências de conflito. Em alguns momentos, apresentava um discurso pressionado, quase atropelando as palavras na ânsia de expor os seus pensamentos e sentimentos. Em outros momentos, especialmente quando falava de memórias dolorosas, a fala tornava-se mais pausada e fragmentada, sugerindo desconforto e dificuldades em organizar a experiência emocional de forma coesa.

A resposta emocional da paciente era intensa e muitas vezes desproporcional aos estímulos. Observava-se uma reatividade emocional acentuada a pequenas intervenções ou perguntas, com respostas psicomotoras que iam desde o abanar nervoso das pernas ao morder dos lábios ou trincar das unhas. Estas reações podem refletir a sensibilidade elevada a experiências interpessoais e a dificuldade em modular reações emocionais, especialmente no contexto de relações com figuras de autoridade, como o terapeuta.

O discurso da paciente era marcado por temas de insegurança, rejeição e uma visão polarizada dos relacionamentos, frequentemente expressando sentimentos de abandono ou de desvalorização. Havia uma tendência para oscilar entre descrições extremamente idealizadas de algumas pessoas e, de seguida, expressar sentimentos de desilusão ou desprezo. Esta polarização é característica da perturbação *borderline*, que tende a dificultar a estabilidade na percepção dos outros e de si mesma.

1.3. Desenvolvimento Psico-Afetivo

No livro “Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano” (2011), João Hipólito aborda o desenvolvimento psico-afetivo com uma perspectiva que integra a teoria da complexidade e a auto-organização, articulando-as com o pensamento humanista de Carl Rogers. Neste modelo, o desenvolvimento psico-afetivo é visto como um processo dinâmico e não-linear, marcado por mudanças constantes na estrutura emocional do indivíduo, as quais são moldadas pela sua tendência inata de auto-realização, pelo seu locus de controlo, pela forma como gere os traumas e pelas suas condições e potencialidades.

Um dos conceitos centrais neste processo é a tendência atualizante — uma força interior que leva o indivíduo a crescer, a desenvolver-se e a concretizar o seu potencial máximo. Esta motivação interna impulsiona a pessoa a procurar um equilíbrio emocional e a adaptar-se às situações, integrando-as de forma a fortalecer a sua complexidade emocional e a sua capacidade de resposta. Hipólito sublinha que esta tendência atualizante é um motor essencial do desenvolvimento psico-afetivo, promovendo a capacidade de auto-organização e a procura por um sentido de realização.

Outro aspeto fundamental é o locus de controlo, que se refere à perceção que o indivíduo tem sobre o controlo que exerce na sua vida. Quando o locus de controlo é interno, a pessoa sente que pode influenciar os acontecimentos e assumir responsabilidade pelas suas escolhas, o que promove uma maior autonomia e resiliência emocional. Pelo contrário, um locus de controlo externo conduz a uma sensação de dependência de fatores alheios, dificultando o desenvolvimento afetivo. Hipólito sugere que, para um desenvolvimento psico-afetivo saudável, é crucial que o indivíduo construa um locus de controlo mais interno, o que o ajudará a lidar com situações adversas de forma mais eficaz e a sentir-se mais capaz de gerir as suas emoções.

Os traumas e as condições de vida representam ainda fatores centrais no desenvolvimento psico-afetivo. As experiências traumáticas ou condições desfavoráveis podem ser entraves ao desenvolvimento saudável, podendo criar bloqueios emocionais e prejudicar a auto-estima e o sentido de segurança do indivíduo. No entanto, Hipólito também reconhece o potencial de adaptação humana através da auto-organização. Mesmo em contextos adversos, a pessoa pode ativar estratégias de coping e recursos pessoais que lhe permitem reorganizar-se e ultrapassar o sofrimento. As estratégias de coping são os mecanismos que o indivíduo utiliza para enfrentar situações desafiantes, como a procura de apoio, a reavaliação positiva e a capacidade de racionalizar. Por sua vez, os recursos pessoais, como a resiliência, a

capacidade de introspecção e a criatividade, ajudam-no a fortalecer-se emocionalmente e a desenvolver-se de forma mais equilibrada e autónoma.

No que respeita ao *self* real *versus* o *self* desejado, Hipólito refere-se à congruência entre quem o indivíduo realmente é e quem idealiza ser. O *self* real é a perceção que a pessoa tem de si mesma no momento, enquanto o *self* desejado é a visão ideal que gostaria de alcançar. Quanto maior for a congruência entre estes dois "selves", maior será o sentido de autenticidade e aceitação, promovendo uma saúde emocional positiva. Por outro lado, uma discrepância elevada entre o *self* real e o *self* desejado pode gerar frustração e insatisfação, dificultando o desenvolvimento afetivo. Hipólito defende que o alinhamento entre estes dois "selves" é essencial para a auto aceitação e para o equilíbrio psico-afetivo, pois permite ao indivíduo sentir-se mais completo e seguro.

Desta forma, o desenvolvimento psico-afetivo segundo João Hipólito é um processo de auto-organização contínuo, onde a tendência atualizante, o locus de controlo, a superação dos traumas e o desenvolvimento de estratégias de coping e recursos pessoais se interligam. O alinhamento entre o *self* real e o *self* desejado é também fundamental, promovendo um crescimento emocional e afetivo que permite ao indivíduo lidar de forma resiliente e autêntica com as adversidades da vida.

1.3.1. Análise do Desenvolvimento Psico-Afetivo de Joana

Joana, uma jovem de 21 anos, apresenta uma história de vida marcada por condições adversas que influenciaram significativamente o seu desenvolvimento emocional e psicológico. Segundo a anamnese, Joana não foi planeada nem desejada, o que, associado a uma mãe deprimida e a uma gravidez emocionalmente desinvestida, criou desde o início um ambiente carente de afeto. Após um parto prematuro – que, dependendo dos meses de prematuridade, pode ter gerado consequências biológicas e cognitivas –, a mãe, incapaz de cuidar dela, delegou os seus cuidados a outra pessoa. Esta interrupção precoce do vínculo primário, essencial para um desenvolvimento saudável, teve um impacto duradouro. Além disso, a ausência de amamentação e o desinvestimento emocional do pai agravaram ainda mais a base afetiva fragilizada de Joana.

O ambiente familiar era marcado por uma dinâmica disfuncional. O pai era agressivo, utilizando ameaças como método de controlo, enquanto a mãe, submissa e conservadora, invalidava frequentemente os sentimentos de Joana, afirmando que "não se podia sentir daquela forma". A imposição de valores religiosos rígidos por parte dos pais contribuiu para o sentimento de rejeição, reforçando a ideia de que precisava de mudar para ser aceite.

Adicionalmente, Joana descreve o irmão como um agressor, o que aumentou o seu sentimento de insegurança e a ausência de apoio familiar. Este contexto adverso resultou num profundo impacto na autoestima e na construção da identidade de Joana, manifestando-se numa sensação de despetença e na adoção de estratégias de coping desadaptativas, como as autolesões e o consumo de substâncias psicotrópicas, que a ajudavam a aliviar temporariamente a dor emocional intensa. Embora estas estratégias sejam disfuncionais, representam os mecanismos que Joana encontrou para sobreviver emocionalmente num contexto de sofrimento constante.

Apesar de todas estas adversidades, é possível identificar na Joana uma tendência atualizante – um impulso intrínseco para a auto-realização e para ultrapassar as suas dificuldades. Este aspeto observa-se na forma como Joana procura ajuda terapêutica e no vínculo positivo que conseguiu estabelecer durante as consultas. O alívio que frequentemente referia sentir após as sessões e a confiança demonstrada no vínculo terapêutico sugerem que Joana reconhece, ainda que de forma incipiente, o desejo de melhorar e de alcançar maior equilíbrio emocional.

O discurso de Joana, durante as sessões, era desorganizado, frequentemente marcado por relatos fragmentados e confusos. Esta característica reflete não só a instabilidade emocional que define a perturbação de estado-limite (*borderline*) da personalidade (PBP), mas também a dificuldade em estruturar pensamentos e experiências devido às vivências traumáticas. No que diz respeito ao seu locus de controlo, Joana apresenta um padrão predominantemente interno. Ela atribui as dificuldades da sua vida às suas próprias decisões, o que é acompanhado por um forte sentimento de culpa. Esta visão, embora rígida, sugere um grau de reconhecimento pessoal que pode ser trabalhado terapeuticamente. Quanto ao seu *self* real, Joana vê-se como alguém incapaz de resistir aos impulsos de se autolesionar e consumir substâncias, sentindo-se presa à sua impulsividade e incapaz de reconhecer as suas qualidades ou valor pessoal. O *self* desejado reflete a sua aspiração a regular as emoções e a impulsividade, idealizando um estado de maior equilíbrio emocional e funcionalidade.

As condições de valor impostas pela família desempenharam um papel significativo na formação da sua identidade. A rigidez conservadora e o desinvestimento emocional dos pais moldaram negativamente a perceção que Joana tem de si própria. O pai utilizava ameaças como forma de controlo, enquanto a mãe invalidava os seus sentimentos e impunha valores religiosos, ambos condicionando Joana a adaptar-se a padrões externos em detrimento do seu verdadeiro "eu". Estas condições contribuíram para a desconexão entre o seu *self* real e o *self* desejado, reforçando o sentimento de rejeição e inadequação.

As características da PBP estão evidentes nos comportamentos e nas vivências de Joana. A sua reatividade emocional intensa é visível nas estratégias que utiliza para lidar com o sofrimento, como a automutilação e o uso de substâncias, formas de aliviar temporariamente a dor emocional. O medo de abandono, refletido nas suas relações interpessoais instáveis, pode ter origem na ausência precoce da figura materna e nas dinâmicas familiares disfuncionais. Joana apresenta também uma visão polarizada de si mesma e dos outros, oscilando entre sentimentos de culpa intensa e tentativas de obter controlo nas relações através da sexualidade, ainda que estas sejam mediadas pela violência. Estes comportamentos revelam uma procura por segurança e validação emocional, apesar de serem estratégias desadaptativas.

Apesar das dificuldades, Joana possui recursos pessoais que podem ser potenciados no contexto terapêutico. A sua capacidade de reflexão, evidenciada pela consciência das suas dificuldades e pela atribuição de responsabilidade às suas decisões, sugere um potencial para a reestruturação cognitiva. A procura por ajuda demonstra uma abertura à mudança, refletindo a sua tendência atualizante. Além disso, a ligação positiva que estabeleceu com a terapeuta revela uma capacidade de vinculação, essencial para o trabalho de desenvolvimento interpessoal. Por fim, a resiliência que demonstrou ao sobreviver emocionalmente a tantas adversidades, mesmo através de mecanismos disfuncionais, reflete uma força interna que pode ser redirecionada para estratégias mais adaptativas.

Em suma, Joana apresenta uma história de vida marcada por traumas e adversidades que moldaram a sua identidade, estratégias de coping e funcionamento emocional. No entanto, a sua tendência atualizante e os recursos pessoais que possui oferecem uma base para a intervenção terapêutica, visando a regulação emocional, o fortalecimento da autoestima e a construção de uma autoimagem mais positiva e funcional.

2. Caso de Avaliação

A primeira consulta com Maria teve lugar em março de 2024, terminei o acompanhamento com esta utente em maio do mesmo ano devido à chegada da alta da utente. Neste contexto foram realizadas dezasseis consultas com uma periodicidade de dois encontros semanais, das quais foram utilizadas duas sessões para a realização da avaliação psicológica.

2.1. Anamnese Clínica

Identificação

Nome: Maria (nome fictício)

Idade: 55 anos

Estado Civil: Casada há 34 anos

Filhos: Duas filhas (uma independente e outra ainda a estudar)

Profissão: Técnica auxiliar de saúde, com três trabalhos ativos

Motivo da Consulta/Internamento

Maria foi internada após uma tentativa de suicídio, precipitada por uma sensação de sobrecarga associada à carga de trabalho excessiva e ao esgotamento físico e emocional. Relata sentir-se triste, angustiada, sem motivação e com elevados níveis de ansiedade.

Anamnese Médica Geral

Histórico de stress ocupacional crónico, privação de sono e fadiga extrema. Sem histórico de doenças graves relatadas. Episódios anteriores de sintomatologia depressiva aos 48 anos e novamente aos 55 anos. Sem relato de acompanhamento psiquiátrico ou uso prévio de medicação psicotrópica.

Anamnese Biográfica

História Familiar

Maria cresceu num ambiente familiar adverso, com um pai alcoólico e agressivo, que perpetrava violência doméstica na mãe e em todos os irmãos. A violência diminuiu apenas quando o irmão mais velho confrontou o pai. A mãe sofreu um AVC quando Maria tinha 13 anos, ficando com sequelas físicas, o que alterou significativamente a dinâmica familiar. Aos 16 anos, o pai faleceu por suicídio, evento que gerou sentimentos ambivalentes de alívio e culpa. Aos 17 anos, mudou-se para o Algarve para trabalhar e sustentar a família. Aos 18 anos, enfrentou o luto pela morte do irmão mais novo, vítima de um atropelamento.

Antecedentes

História de privação emocional na infância e adolescência, necessidade precoce de assumir responsabilidades parentais e financeiras, envolvimento intenso com o trabalho como estratégia de enfrentamento. Desenvolvimento de padrões de comportamento voltados para o cuidado dos outros, com prejuízo na auto-perceção e autocuidado.

Posição Social

Atualmente, trabalha em três empregos simultaneamente, principalmente por

necessidade financeira para sustentar a filha universitária. Refere ter dificuldades em recusar pedidos profissionais por medo de desagradar os outros e perder laços interpessoais.

Ambiente Familiar

Casamento estável e funcional, com suporte do cônjuge. Relação harmoniosa com as filhas, mas com grande investimento emocional na filha mais nova, por medo de falhar no seu apoio. Relata preocupações constantes em garantir estabilidade financeira e emocional para os familiares, muitas vezes em detrimento do próprio bem-estar.

História Pessoal

Infância

Cresceu em meio à violência doméstica e privação emocional. A falta de suporte paterno e o adoecimento da mãe levaram Maria a assumir responsabilidades precoces no cuidado dos irmãos e da casa, deixou a escola no sexto ano, apenas concluiu o nono ano mais tarde. A interação social na infância era centrada nos irmãos e no ambiente rural, trazendo recordações de liberdade na natureza, mas também de instabilidade familiar.

Adolescência

Período marcado pela perda do pai por suicídio e, posteriormente, do irmão mais novo num atropelamento. Desenvolveu padrões de luto reprimido e dificuldades em expressar sofrimento emocional, focando-se no apoio à família. Aos 17 anos, migrou para o Algarve, enfrentando desafios relacionados com a autonomia e isolamento. Relata que a sua rigidez emocional e dificuldades em estabelecer vínculos afetivos surgiram neste período.

Início da Vida Adulta

Concentração intensa no trabalho, criando padrões de exaustão laboral. O casamento e a chegada das filhas trouxeram estabilidade emocional, mas a responsabilidade financeira permaneceu como fator de stress. Passou a focar-se na melhoria da vida dos irmãos, promovendo as suas mudanças para o Algarve e oferecendo suporte económico e emocional.

Vida Adulta

Ao longo dos anos, Maria manteve um padrão de sobrecarga laboral, assumindo múltiplas funções em simultâneo. Com a pandemia, intensificou ainda mais a carga de trabalho, o que contribuiu para o aumento do stress e do esgotamento físico e emocional. Há

dois anos, começou a trabalhar ininterruptamente, sem períodos de descanso, gerando fadiga extrema e privação de sono.

Nos últimos anos, experienciou episódios depressivos marcados por desmotivação, angústia e sentimentos de insuficiência. Relata duas tentativas de suicídio ao longo da vida adulta, sendo a mais recente a que levou ao internamento atual. Sente-se constantemente pressionada a manter o seu ritmo de trabalho, mesmo quando o corpo e a mente já não respondem da mesma forma. Refere ainda episódios frequentes de ansiedade intensa e sentimentos de culpa por não conseguir corresponder às exigências externas e internas que impõe a si própria.

Atualidade

Maria relata sentir-se sobrecarregada e incapaz de lidar com a pressão laboral. O desequilíbrio entre trabalho e autocuidado intensificou a sua sintomatologia depressiva e ansiosa. Refere episódios de "bloqueio mental", nos quais sente que a sua mente para de processar informações momentaneamente. Dificuldade em estabelecer limites com colegas de trabalho e familiares, sentindo-se pressionada a estar sempre disponível.

Durante o internamento, tentou envolver-se em práticas como yoga e meditação para gestão da ansiedade. Demonstra resistência em criar laços dentro da clínica, evitando interações com pacientes que apresentam perturbações mais graves. Relata desconforto com a falta de autonomia dentro do ambiente hospitalar, sentindo-se "presa". Além disso, profissionais do seu ambiente de trabalho continuam a pressioná-la para retomar às suas funções, o que reforça a sua sensação de exaustão e falta de reconhecimento do seu sofrimento. Apresenta perceções intuitivas, relatando sonhar com eventos que posteriormente se concretizam.

2.2. Observação

A expressão corporal de Maria revela uma postura tendencialmente curvada e retraída, denotando cansaço e peso emocional. No início da entrevista, exibe uma atitude reservada, com olhar baixo e movimentos mínimos, mas ao longo da conversa demonstra ligeira abertura, mantendo contacto visual ocasional.

A sua expressão facial é predominantemente neutra, com momentos de maior tensão ao abordar temas relacionados com a sobrecarga laboral e a relação com a família. A mímica é discreta, e a gesticulação é reduzida, limitando-se a pequenos movimentos involuntários com

as mãos, principalmente quando aborda temas emocionalmente carregados. A marcha é pausada e sem energia evidente, demonstrando fadiga física.

A fala de Maria é monocórdica e de ritmo lento, por vezes hesitante, especialmente ao abordar eventos traumáticos da infância e adolescência. Não há bloqueios verbais evidentes, mas o discurso apresenta pausas frequentes, como se estivesse a organizar os pensamentos antes de verbalizar. Durante a entrevista, demonstra episódios de despersonalização, relatando momentos em que "pára no tempo" e sente o cérebro "desligar".

Nos momentos em que fala sobre a família, há uma mudança sutil na sua resposta emocional e psicomotora. A sua voz torna-se ligeiramente mais envolvida, embora ainda contida, demonstrando uma ligação afetiva forte. No entanto, ao abordar a culpa e a sensação de insuficiência, observa-se um aumento de tensão muscular, notando-se uma contração involuntária dos ombros e um leve franzir da testa.

O comportamento geral de Maria não apresenta características histriónicas nem agressivas, mantendo-se contida e reflexiva ao longo da entrevista. Há indícios de passividade e resignação, especialmente ao falar sobre as pressões externas do trabalho. O discurso é espontâneo, mas tende a ser composto por frases curtas e objetivas, sem expansividade emocional significativa.

Demonstra resistência emocional ao abordar os seus próprios sentimentos, sendo mais expressiva ao relatar preocupações com os outros do que com o seu próprio estado psicológico. Apesar da exaustão evidente, Maria mantém um comportamento colaborativo e atento, sem sinais de desorientação ou perturbação severa da cognição.

2.3. BSI (Brief Symptom Inventory)

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) foi criado por Leonard Derogatis em 1983 e é utilizado como instrumento de avaliação psicológica para medir a intensidade dos sintomas emocionais e a intensidade do stress emocional que os indivíduos experienciam. O BSI é composto por 53 itens e é uma ferramenta útil tanto no mundo clínico como no da investigação para identificar áreas de sofrimento psicológico e é ainda um mecanismo que ajuda a monitorizar os sintomas manifestados pelo avaliado à medida que surgem alterações no âmbito da intervenção terapêutica (Canavarro, 2007).

O presente questionário avalia diversas dimensões, entre as quais: somatização dos sintomas, obsessões e compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Para além disso, é ainda capaz de calcular três métricas: o Índice Geral de Sintomas (IGS), que reflete a intensidade geral dos

sintomas; o Total de Sintomas Positivos (TSP), que contabiliza os itens assinalados com classificação positiva; e, por fim, o Índice de Sintomas Positivos (ISP), que indica a intensidade média dos sintomas relatados que se distribuem após as pontuações. Os vários itens são cotados através de uma escala de Likert de 5 pontos, de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes), com base na frequência com que o sintoma descrito ocorreu na semana anterior à aplicação do questionário (Canavarro, 2007).

A aplicação do BSI requer aproximadamente entre 8 a 10 minutos e é adequada para indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos. Durante a aplicação deste teste é fundamental garantir a criação de um ambiente tranquilo e confidencial, de forma a assegurar a precisão das respostas. O BSI pode ser administrado em formato digital ou físico, juntamente com um manual técnico que fornece orientações pormenorizadas para a aplicação, correção e interpretação do questionário (Canavarro, 2007).

A versão portuguesa do BSI foi objeto de um processo de adaptação cultural e linguística que envolveu a tradução e a retroversão do questionário, bem como estudos de validação com amostras da população portuguesa. Foi este processo que confirmou que os itens do instrumento eram semântica e conceptualmente equivalentes à versão original, devido às características neutras únicas da cultura e da língua portuguesas. Foi validado através de uma análise psicométrica que confirmou a fiabilidade e a validade do instrumento em relação às populações portuguesas, reforçando a sua aplicabilidade em contextos clínicos e de investigação (Canavarro, 2007).

A correção do BSI é efectuada, ao somar as pontuações de cada item que constitui cada uma das dimensões clínicas e dividindo o número total de itens para obter uma pontuação média. Os índices globais são então calculados de acordo com as instruções presentes no manual técnico (Canavarro, 2007).

As normas de interpretação foram redefinidas para as populações portuguesas, permitindo a comparação de resultados individuais com fronteiras culturais e demográficas específicas. O perfil do inquirido é construído através de uma representação humana de um gráfico concebido para ilustrar os resultados obtidos em cada uma das diferentes dimensões, bem como os índices de representação global que auxiliam na identificação de mais áreas de problemas psicológicos e no planeamento de intervenções clínicas (Canavarro, 2007).

O BSI é benéfico na sua utilização como ferramenta de triagem que permite aos profissionais de saúde mental identificar o sofrimento num modo de emergência. Para além disso, o BSI também pode ser utilizado para acompanhar as alterações dos sinais ao longo do

tempo, fornecendo dados sobre a eficácia do tratamento e da intervenção em psicologia (Canavarro, 2007).

2.3.1. Resultados da aplicação do Brief Symptom Inventory (BSI)

Para a realização deste relatório, conclui ser benéfico a aplicação do BSI, com o objetivo de avaliar os sintomas psicológicos observada na paciente Maria (nome fictício), que foi admitida após uma tentativa de suicídio. A avaliação permite compreender o impacto do seu sofrimento emocional na sua qualidade de vida e identificar áreas de maior vulnerabilidade psicológica.

Dimensões	Itens	Cálculo	Total
Somatização	2; 7; 23; 29; 30; 33; 37	$(0 + 2 + 0 + 2 + 0 + 4 + 2) / 7$	1.43
Obsessões-compulsões	5; 15; 26; 27; 32; 36	$(2 + 0 + 1 + 0 + 4 + 4) / 6$	1.83
Sensibilidade Interpessoal	20; 21; 22; 42	$(0 + 2 + 0 + 0) / 4$	0.5
Depressão	9; 16; 17; 18; 35; 50	$(2 + 2 + 2 + 0 + 4 + 1) / 6$	1.83
Ansiedade	1; 12; 19; 38; 45; 49	$(2 + 2 + 0 + 0 + 1 + 0) / 6$	0.83
Hostilidade	6; 13; 40; 41; 46	$(0 + 0 + 0 + 0 + 2) / 5$	0.4
Ansiedade Fóbica	8; 28; 31; 43; 47	$(1 + 0 + 0 + 2 + 0) / 5$	0.6
Ideação Paranóide	4; 10; 24; 48; 51	$(0 + 2 + 0 + 2 + 2) / 5$	1.2
Psicoticismo	3; 14; 34; 44; 53	$(0 + 3 + 0 + 2 + 2) / 5$	0.8
Outros	11; 25; 39; 52	$(2 + 4 + 4 + 4) / 4$	3,5

Tabela 1. Resultados da Aplicação do BSI

Índices Globais	Total
Índice Geral de Sintomas (IGS)	1.34
Total de Sintomas Positivos (TSP)	30
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	2.37

Tabela 2. Índices Globais

Os resultados obtidos mostram que foi registado um nível significativo de sofrimento psicológico no doente, com uma pontuação total de 71. O **Índice Geral de Sintomas (IGS)**, que reflete a intensidade global do mal-estar psicológico, foi de **1.34**. O **Total de Sintomas Positivos (TSP)**, que indica o número de sintomas relatados independentemente da sua gravidade, foi de **30**, sugerindo uma presença significativa de queixas psicológicas. O **Índice de Sintomas Positivos (ISP)**, que mede a intensidade média dos sintomas, foi de **2.37**, apontando para um nível considerável de sofrimento subjetivo.

Análise das Escalas Clínicas

A análise das escalas de sintomas permite identificar um perfil clínico marcado por níveis elevados de sofrimento mental, nomeadamente nas vertentes depressão, obsessão-compulsão, ansiedade e somatização.

- **Somatização (1.429):** Maria apresenta um nível elevado de sintomas físicos relacionados com o stress e o sofrimento emocional. A privação prolongada de sono, o cansaço extremo e a dificuldade em estabelecer limites no contexto profissional parecem contribuir significativamente para o agravamento das queixas somáticas.
- **Obsessões-Compulsões (1.833):** Os resultados indicam uma tendência para pensamentos intrusivos e dificuldades em controlar preocupações persistentes. Este padrão pode estar ligado à sua sobrecarga laboral e à necessidade constante de manter um desempenho elevado.
- **Sensibilidade Interpessoal (0.5):** Embora Maria não relate grande desconforto em interações sociais, revela dificuldades em estabelecer limites, o que poderá refletir uma forte autoexigência e uma necessidade de aprovação por parte dos outros. A sua tendência para evitar conflitos pode disfarçar sentimentos de baixa autoestima ou um receio de rejeição.
- **Depressão (1.833):** A pontuação elevada nesta dimensão confirma a presença de sintomas depressivos graves, manifestados por desmotivação, angústia e sentimentos de insuficiência. A anamnese revela episódios depressivos anteriores, sugerindo um padrão recorrente de sofrimento psicológico, frequentemente associado ao esgotamento emocional e profissional.
- **Ansiedade (0.833):** A pontuação moderada sugere um estado constante de tensão emocional, coerente com o historial de sobrecarga de Maria. No entanto, a frequência

de episódios de ansiedade intensa indica que o impacto subjetivo pode ser maior do que o refletido nos resultados obtidos.

- **Hostilidade (0.4):** A pontuação baixa nesta dimensão indica uma reduzida propensão para explosões de raiva ou comportamentos agressivos. Maria tende a internalizar o sofrimento, o que pode contribuir para o agravamento dos sintomas depressivos.
- **Ansiedade Fóbica (0.6):** Embora os resultados indiquem um nível reduzido de ansiedade fóbica, Maria demonstra um certo padrão de evitação em interações interpessoais no ambiente clínico. Este comportamento poderá refletir um desconforto com situações que possam comprometer a sua autonomia.
- **Ideação Paranóide (1.2):** A pontuação moderada sugere alguma hipervigilância e desconfiança, possivelmente desenvolvidas como um mecanismo de defesa em resposta a um ambiente familiar adverso. Embora não aponte para um quadro paranoide, reflete um estado de alerta constante.
- **Psicoticismo (1.4):** Apesar de não apresentar sintomas psicóticos evidentes, Maria descreve episódios de despersonalização e bloqueios cognitivos momentâneos, o que poderá ser indicativo de um esgotamento mental severo.

2.3.2. Interpretação dos Resultados

Os resultados da aplicação do BSI revelam um perfil clínico marcado por sintomatologia depressiva e ansiosa significativa, associada a sobrecarga emocional e laboral. A pontuação elevada apresentada nas escalas da depressão, de somatização e de obsessões-compulsões indica que Maria encontra-se num estado de sofrimento psicológico grave, refletindo-se em sintomas físicos, ruminações obsessivas e um padrão persistente de exaustão emocional.

A presença de elevada somatização (1.429) sugere que Maria tende a manifestar o sofrimento emocional através de queixas físicas, o que é coerente com o seu historial de fadiga extrema e privação de sono. Este padrão pode ser exacerbado pelo stress ocupacional crónico e pela sua incapacidade de estabelecer limites no ambiente de trabalho.

A pontuação muito elevada na escala de depressão (1.833) confirma um estado emocional marcado por desmotivação, tristeza profunda, sentimentos de insuficiência e desesperança, compatível com o seu histórico de episódios depressivos recorrentes. A sua tendência para assumir responsabilidades excessivas e colocar as necessidades dos outros acima das suas pode contribuir para o agravamento do quadro depressivo.

Os níveis moderados de ansiedade (0.833) e ansiedade fóbica (0.6) indicam que Maria experimenta uma tensão emocional constante, associada a preocupações excessivas e dificuldades na gestão do stress. Embora os sintomas ansiosos não sejam os mais elevados, é importante considerar que a paciente refere episódios frequentes de ansiedade intensa e bloqueios mentais, o que pode indicar um “esgotamento mental” severo.

A ideação paranóide (1.2) e o psicoticismo (1.4) sugerem que, embora Maria não apresente sintomas psicóticos, pode ter um grau elevado de hipervigilância e uma percepção de ameaça no ambiente, o que pode estar relacionado com o seu passado traumático. Episódios de despersonalização relatados na anamnese podem ser indicativos de uma tentativa do seu sistema psicológico de lidar com elevados níveis de stress e exaustão emocional.

Outro aspeto relevante é a baixa pontuação na sensibilidade interpessoal (0.5), que pode indicar que Maria não manifesta queixas significativas de desconforto social. No entanto, a anamnese revela que ela tem dificuldade em estabelecer limites com os outros, o que sugere que pode internalizar a pressão social e relutar em demonstrar vulnerabilidade.

A combinação dos resultados da aplicação do BSI com a história clínica e os dados biográficos de Maria dá a impressão de que ela tem um nível elevado de depressão e sofre de burnout e de um nível extremo de stress profissional. Tem um historial de uma vida emocionalmente desfavorecida, de violência doméstica e de sobrecarga precoce de responsabilidades, que se pensa terem levado ao desenvolvimento de um padrão de comportamento baseado em exigências que se enfatizam a si própria e na falta de reconhecimento das suas próprias necessidades.

A problemática de estabelecer limites, tanto no local de trabalho como nas interações sociais, com o medo de voltar a ser internada e o sentimento de obrigação para com os outros, perpetua o ciclo de exaustão física e emocional. Além disso, a manifestação somática do stress pode indicar que Maria não se apercebe totalmente da extensão da sua doença psicológica. Isto dificultaria a adoção de estratégias para lidar com o stress e também a participação efetiva em estratégias de desenvolvimento da carreira que gerem o stress.

Ao nível da intervenção é essencial que trabalhar a reestruturação cognitiva, na tentativa de modificar as crenças disfuncionais relacionadas com a autoexigência e o medo da rejeição. Além disso, a instrução de estratégias de coping para lidar com o stress e o burnout mais adaptativas, deve ser implementada para aumentar a capacidade administrativa e o espaço interpessoal. Por fim, a regulação emocional de Maria permitir-lhe-á aperceber-se das suas necessidades emocionais, o que lhe dará oportunidade para exprimir mais facilmente essas necessidades.

A presença de um histórico de tentativas de suicídio e o nível elevado de sofrimento indicam que Maria deve manter acompanhamento psicológico e psiquiátrico contínuo, com possível necessidade de intervenção farmacológica para alívio da sintomatologia depressiva e ansiosa.

Tendo em conta os resultados e a história clínica, sugere-se: o acompanhamento psicológico regular, com foco na redução da sintomatologia depressiva e ansiosa; a possível avaliação psiquiátrica para consideração de suporte farmacológico e ainda a implementação de estratégias de autocuidado e equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

Dimensões	População Geral	Maria
Somatização	0.573	1.429
Obsessões-compulsões	1.290	1.833
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.5
Depressão	0.893	1.833
Ansiedade	0.942	0.833
Hostilidade	0.894	0.4
Ansiedade Fóbica	0.418	0.6
Ideação Paranóide	1.063	1.2
Psicoticismo	0.668	1.4
Índice Geral de Sintomas (IGS)	0.835	1.34
Total de Sintomas Positivos (TSP)	26.993	30
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	1.561	2.37

Tabela 3. Comparação dos resultados da Maria com a média da população geral portuguesa (Canavarro, 2007)

Ao comparar os resultados de Maria com os valores médios da população geral portuguesa, verifica-se um padrão claramente superior em quase todas as dimensões clínicas avaliadas pelo BSI. A paciente apresenta pontuações mais elevadas nas escalas de somatização (1.43 vs. 0.573), obsessões-compulsões (1.83 vs. 1.290), depressão (1.83 vs. 0.958), ideação paranóide (1.20 vs. 1.063) e psicoticismo (0.80 vs. 0.668). Estes valores indicam uma

intensificação significativa dos sintomas psicológicos, sobretudo nas áreas associadas ao sofrimento emocional, ruminação cognitiva e perturbação do funcionamento psicossocial.

Os índices globais também refletem este padrão: Maria obteve um Índice Geral de Sintomas (IGS) de 1.34, face à média populacional de 0.835, e um Índice de Sintomas Positivos (ISP) de 2.37, comparativamente ao valor normativo de 1.561. Já o Total de Sintomas Positivos (TSP) foi de 30, enquanto a média da população geral é de 26.993, demonstrando um número ligeiramente superior de sintomas relatados. No entanto, o que mais se destaca é a intensidade média dos sintomas, muito mais elevada em Maria, sugerindo um sofrimento psicológico mais intenso e generalizado do que o comum na população. Estes dados reforçam a necessidade de intervenção clínica direcionada e intensiva, dado o nível elevado de perturbação emocional identificado.

2.4. *Clinical Analysis Questionnaire (CAQ)*

O Questionário de Análise Clínica (CAQ), criado por Raymond B. Cattell, foi desenvolvido como uma ferramenta psicológica que investiga tanto os traços de personalidade normativos e as características psicopatológicas. Baseado na conceção da escala 16PF (*Sixteen Personality Factor Questionnaire*), o CAQ incorpora escalas de base clínica do MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) e permite a sua ampla utilização tanto em contextos terapêuticos como clínicos (Krug, 1997).

A versão original do CAQ contém 272 itens; está dividido em 28 escalas, cada uma das quais contém um total de 16 escalas que avaliam um aspeto geral da personalidade e 12 escalas que avaliam aspectos psicopatológicos como a depressão, a paranoia e a esquizofrenia, entre outros (Krug, 1997).

Na sua versão portuguesa, o CAQ foi adaptado para se centrar especificamente nas 12 escalas clínicas, conduzindo a uma avaliação mais compacta e constituída por 144 itens. Esta adaptação foi rigorosamente validada, conduzindo a uma adaptação que se alinha perfeitamente com as expectativas culturais e linguísticas aplicáveis ao contexto português, garantindo elevados níveis de fiabilidade e validade das escalas que estão a ser utilizadas para avaliar com precisão as capacidades psiquiátricas e psicossociais dos indivíduos. As escalas clínicas são constituídas pelas seguintes dimensões **hipocondria (D1)**, que avalia preocupações excessivamente intensas associadas a preocupações somáticas e de saúde; **depressão suicida**

(D2), associada a um profundo sentimento de desespero e pensamentos suicidas; **agitação (D3)**, indicada por irritabilidade, impulsividade e incapacidade de relaxar adequadamente; **depressão ansiosa (D4)**, que reflecte a presença de depressão em conjunto com níveis elevados de ansiedade; **depressão de baixa energia (D5)**, que consiste em apatia sintomática, falta de vitalidade e falta de motivação; **culpabilidade e ressentimento (D6)**, que avalia sentimentos de culpa extremamente intensos e raiva interiorizada; e **apatia retraída (D7)**, que indica isolamento social e perda de interesse nas relações pessoais e sociais. Outras escalas de avaliação incluem a **paranoia (Pa)**, que se relaciona com suspeitas extremamente extremas e pensamentos persecutórios; o **desvio psicopático (Pp)**, que avalia o comportamento antissocial, egocêntrico e eventos sociais não convencionais; a **esquizofrenia (Sc)**, que descreve o pensamento desorganizado, pensamentos delirantes ou delirantes; a **psicastenia (As)**, que avalia traços obsessivo-compulsivos e pensamentos intrusivos persistentes; e o **desajuste psicológico (Ps)**, que mede as dificuldades psicológicas globais (Krugs, 1997).

A adaptação do CAQ à língua e cultura portuguesas envolveu um cuidadoso processo de tradução e retradução, garantindo que os itens que fazem parte do questionário são semântica e conceptualmente equivalentes ao original. Além disso, foi realizada uma calibração psicométrica com amostras da população portuguesa, que verificou a fiabilidade e a validade do instrumento relativamente aos limites específicos de Portugal. Durante o processo de calibração, as escalas foram ajustadas para se adaptarem adequadamente às preferências culturais, sociais e psicossociais da população portuguesa e para garantir que o instrumento é exato e utilizável pela população (Krugs, 1997).

A aplicação do CAQ está indicada para adolescentes e adultos com idade superior a 15 anos. O tempo necessário para o preenchimento do questionário é de aproximadamente 30 a 40 minutos. Para garantir a validade dos resultados, é obrigatório que o teste seja efectuado num ambiente tranquilo, onde o participante se possa concentrar na tarefa e onde seja garantida a confidencialidade entre as informações que estão a ser mantidas (Krugs, 1997).

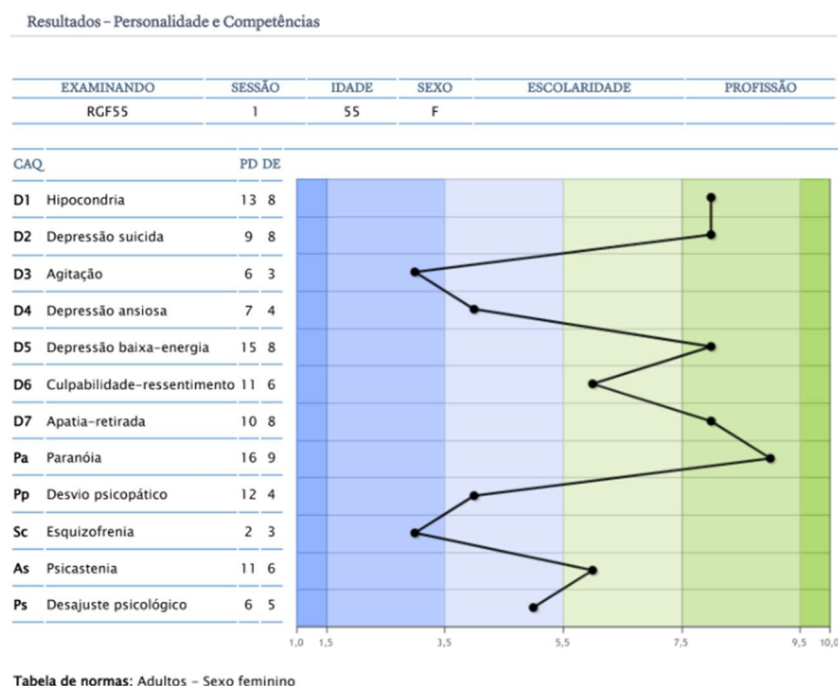
A correção do CAQ pode ser efectuada manualmente ou com a ajuda de um software especializado que permite a conversão das pontuações brutas em formas normalizadas. Esta conversão permitirá a comparação exata dos resultados de um indivíduo com as normas baseadas na população. Esta comparação permitirá a deteção de características de domínio da personalidade e a identificação de sinais de vulnerabilidade psicológica situados na área psicopatológica. As escalas normativas permitem uma análise das características gerais da personalidade, enquanto as escalas clínicas permitem igualmente detetar potenciais

apresentações clínicas ou sintomas que possam exigir tratamento ou intervenção de um psicólogo (Krugs, 1997).

A interpretação do perfil gerado pelo CAQ implica a análise das pontuações obtidas nas diferentes escalas padrão e nas escalas clínicas. Uma vez gerado o perfil, este oferece uma visão panorâmica dos traços de personalidade do indivíduo avaliado, bem como de possíveis vulnerabilidades emocionais e psicopatológicas. Isto permitirá fazer um diagnóstico e planejar as intervenções terapêuticas a realizar pelo psicólogo; por conseguinte, esta combinação de informações das escalas padrão e clínicas permitirá alterar a função psicossocial de um paciente e elaborar um plano de tratamento adequado. A combinação da informação das escalas padrão e clínica permite uma maior compreensão do trabalho que é necessário fazer para entender o funcionamento emocional e psicológico do paciente, bem como planos de tratamento que oferecem terapias mais curtas e mais adaptadas (Krugs, 1997).

A adaptação e a versão portuguesa do CAQ constituem, assim, um instrumento de avaliação robusto e validado culturalmente, sendo amplamente utilizado, sobretudo em cenários clínicos e de investigação em Portugal. A aplicação do instrumento resulta numa avaliação pormenorizada da personalidade e das condições psicopatológicas de um indivíduo, além de fornecer contributos significativos para o diagnóstico e tratamento contínuo do paciente através dos seus resultados (Krugs, 1997).

Tabela 4. Resultados da Aplicação do CAQ



2.4.1. Resultados da aplicação do Clinical Analysis Questionnaire (CAQ)

A aplicação do CAQ à Maria é vantajosa porque permite uma avaliação aprofundada dos seus traços de personalidade e sintomas psicopatológicos, o que pode ajudar a compreender o impacto do seu passado traumático, da sobrecarga laboral e dos padrões de comportamento de auto sacrifício no seu funcionamento emocional. O teste ajudará a diferenciar esgotamento emocional de possíveis perturbações psicológicas, ao fornecer dados essenciais para direccionar a intervenção terapêutica e promover estratégias mais eficazes de recuperação e autocuidado.

A análise dos resultados de Maria gerados através de um software especializado revelam um perfil de personalidade complexo que se caracteriza por traços depressivos significativos associados a um tipo de pensamento paranóide e elevadas tendências para o isolamento social. Estes resultados, quando considerados em conjunto com as questões já respondidas pela anamnese, darão uma imagem abrangente tanto da função emocional como da experiência cognitiva do indivíduo. Na dimensão **hipocondria (D1)**, Maria apresentou uma pontuação de 13, com uma média de inserido num decatipo alto de 8 e com um percentil de 90, o que assinala um nível elevado de preocupação com a saúde física, refletindo um quadro de hipocondria. Esta pontuação sugere que Maria se sente excessivamente preocupada com a sua saúde, muitas vezes interpretando sinais corporais normais como graves, o que pode contribuir para o seu quadro depressivo, criando um ciclo de ansiedade relacionado com o corpo.

Na dimensão **depressão suicida (D2)**, a pontuação foi 9, inserido num decatipo alto de 8 e com um percentil de 90, o que corresponde com a sua elevada ideação suicida, revela ainda um sentimento de desespero frequentemente associado à ausência de uma memória emocional interior e possíveis pensamentos de autodegradação. Este resultado realça a importância de uma avaliação psiquiátrica rigorosa, particularmente porque estão também presentes outros sintomas depressivos.

Na **agitação (D3)**, Maria obteve uma pontuação de 6, inserido num decatipo baixo de 3 e com um percentil de 20, o que reflete o facto de os sintomas depressivos serem menos susceptíveis de sofrerem marcadores de agressividade ou de comportamentos de risco. Esta pontuação baixa de ativação é interpretável como parte de uma depressão de natureza mais inibida e caracterizada por uma diminuição da energia e da motivação, por oposição a uma manifestação de agitação ou agressividade.

Na **depressão ansiosa (D4)**, apresentou uma pontuação de 7, inserido num decatipo médio de 4 e com um percentil de 25. Este resultado sugere que Maria apresenta sintomas de

ansiedade ligados à depressão, mas sem uma manifestação extrema. Ela pode sentir-se frequentemente desorientada e incapaz de lidar com as exigências do dia a dia, sem ser completamente dominada por esses sintomas.

Na **depressão com baixa-energia (D5)**, revela uma pontuação de 15, inserido num decatipo alto de 8 e com um percentil de 90 e corrobora os sintomas depressivos de fadiga, apatia e falta de vitalidade, que são habitualmente associados a estados depressivos graves.

Na escala **culpabilidade-ressentimento (D6)**, Maria apresenta uma pontuação de 11, inserido num decatipo médio de 6 e com um percentil de 60, o que sugere que ela pode experimentar sentimentos persistentes de culpa, frequentemente associada à sua incapacidade de resolver questões emocionais do passado, embora esses sentimentos não sejam tão intensos quanto em outros casos de perturbações graves.

A pontuação na escala **apatia-retirada (D7)** é de 10, inserido num decatipo alto de 8 e com um percentil de 90, o que sugere um maior risco de isolamento social e um sentimento de inutilidade do indivíduo. Este padrão de retraimento pode surgir a partir de uma falta de apoio ou de um mecanismo de defesa do indivíduo face a traumas ou experiências interpessoais excruciantes, dando origem à síndrome de anedonia que está frequentemente presente na depressão grave.

Na escala **paranoide (Pa)**, a avaliada apresentou uma pontuação elevada de 16, inserido num decatipo alto de 9 e com um percentil de 95, o que produz um elevado nível de suspeita, perceções de injustiça e de possíveis falsas referências. A hipervigilância social, que pode ser produzida por experiências de vulnerabilidade emocional, pode estar associada a traumas psicológicos ou a transições negativas na vida, afetando a perceção da pessoa em relação às pessoas bem intencionadas e dificultando a manutenção de relações interpessoais saudáveis.

Na escala **desvio psicopático (Pp)**, apresentou uma pontuação de 12, inserido num decatipo médio de 5 e com um percentil de 40, o que indica um nível moderado de comportamentos impulsivos ou de busca por sensações extremas, embora não esteja dentro de um quadro patológico severo. Isso sugere que Maria pode ter tendência a comportamentos impulsivos ou de risco, mas não em um nível elevado que comprometa suas interações sociais de forma alarmante.

Em contraste com isto, a pontuação da escala **esquizotípica (Sc)** produz uma pontuação extremamente baixa de 2, inserido no decatipo baixo de 3 e com um percentil de 10, o que é uma indicação positiva de estados maníacos. Em vez de produzir sintomas psicóticos que se

manifestam como delírios, alucinações ou pensamentos desorganizados, esta escala é indicativa da ausência de quaisquer perturbações do pensamento.

Na escala **Psicastenia (As)**, Maria obteve uma pontuação de 11, inserido num decatipo médio de 6 e com um percentil de 60, sugerindo uma tendência a comportamentos obsessivos e fóbicos, mas sem uma manifestação clínica tão grave quanto nos casos de perturbações obsessivo-compulsivas.

Por fim, na escala **desajuste psicológico (Ps)**, apresentou uma pontuação de 6, inserido num decatipo médio de 5 e com um percentil de 50, o que indica uma autoavaliação negativa de si mesma e uma possível sensação de fracasso, mas sem atingir níveis extremos que caracterizem uma psicose ou desvio patológico grave.

Globalmente, a personalidade de Maria é altamente depressiva, acompanhada por um elevado grau de patologias de atitude paranoide associadas a uma tendência extrema para o isolamento social. A presença de sintomas somáticos, de apatia e de sentimentos de ineficácia sugerem um impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo. Por conseguinte, é necessário adotar uma abordagem terapêutica integradora que combine uma psicoterapia individual destinada a reestruturar os modelos cognitivos, a promoção das competências interpessoais e um anexo de avaliação psiquiátrica, se necessário, para garantir que a medicina de apoio a uma perturbação mental seja considerada.

2.4.2. Interpretação dos resultados

Maria, de 55 anos, é casada há 34 anos e mãe de duas filhas. A sua principal profissão é auxiliar de saúde, contudo, como observámos na anamnese clínica, Maria tem ainda mais dois empregos diferentes. Antes de ser internada, tentou tirar a própria vida, após um período de cansaço extremo e constante stress, consequência de uma carga de trabalho imensamente dolorosa. A utente refere sentir-se deprimida, angustiada e ansiosa, com baixos níveis de motivação e elevados níveis de ansiedade. A sua situação de vida é muito afetada pelo ambiente negativo em que cresceu, tendo tido um pai alcoólico e violento que acaba por se suicidar, casos de violência doméstica, bem como um irmão mais novo que perdeu a vida num atropelamento. Desde a infância, assumiu a responsabilidade das tarefas domésticas e financeiras, visto que a mãe não tinha essa capacidade. Maria, começou a trabalhar com apenas 13 anos, e, assim, Adoptou um estilo de vida exclusivamente centrado no trabalho e na satisfação das necessidades dos outros, colocando de lado o seu bem-estar.

Atualmente, é difícil estabelecer limites com colegas e familiares, Maria sente-se pressionada a tentar satisfazer necessidades externas, constantemente. A utente relata fadiga

extrema, privação de sono e episódios recorrentes de depressão, indevidamente confirmados por um acompanhamento psicológico anterior. Durante o internamento, a utente demonstrou resistência na criação de vínculos com os colegas, desconforto com a falta de autonomia e uma sensação de aprisionamento. A expressão corporal da utente reflete o seu cansaço e um peso emocional; com uma postura curvada, olhar baixo e fala monocórdica. Episódios de despersonalização e sentimentos de culpa estão presentes, especialmente em relação ao seu papel familiar e profissional.

No entanto, os resultados obtidos no CAQ detetaram uma personalidade com traços de carácter depressivo, pensamento paranoico e tendência para o isolamento social. Demonstra uma grande preocupação com a sua saúde, o que se associa a hipocondria e a ideação suicida, ideias que refletem desesperança e falta de memória emocional positiva do passado. Os sintomas depressivos incluem baixa energia, apatia e sentimentos de desvalorização; para além disso, há uma grande intensidade de ideação suicida que exacerba ainda mais o isolamento social vivido. O nível elevado de hipervigilância e suspeita social está associado aos seus traumas passados. Este facto dificulta a reconstrução de relações interpessoais. Apesar de não estarem presentes traços definitivos de psicose, parece haver sinais de psicastenia, sugerindo padrões obsessivos e fóbicos moderados.

Dada a extrema instabilidade emocional de que padece, é necessária a inclusão de uma abordagem terapêutica integradora. Deve também ser dado um destaque adequado à redução da carga de trabalho e ao reforço da autonomia emocional, para além do desenvolvimento de recursos dentro do indivíduo para o ajudar a lidar com a pressão externa e a auto-culpa que o afeta.

V Parte Conclusão

Ao proceder a uma reflexão pessoal sobre o estágio curricular que realizei, reconheço que esta experiência representou um marco significativo no meu percurso académico e pessoal. Inicialmente, senti uma mistura de entusiasmo e receio perante o desafio de trabalhar numa clínica psiquiátrica, dada a complexidade das perturbações com as quais teria contacto. No entanto, à medida que fui adquirindo experiência e interagindo com os utentes, percebi o quão enriquecedor e transformador este estágio se revelou.

O contacto com jovens adultos e adultos que enfrentam diversas perturbações psiquiátricas permitiu-me desenvolver uma compreensão mais profunda da realidade vivida por estas pessoas. Aprendi a lidar com diferentes patologias e a adaptar a minha abordagem consoante as necessidades de cada utente, o que reforçou a minha capacidade de empatia, escuta ativa e flexibilidade na intervenção clínica. Esta experiência ensinou-me a importância de um acompanhamento sensível e individualizado, bem como a necessidade de estabelecer limites saudáveis para garantir um equilíbrio emocional e profissional adequado.

Para além do contacto direto com os utentes, o estágio desafiou-me a superar barreiras pessoais, nomeadamente no contexto das sessões de psicoeducação. Ter de preparar materiais e falar perante um grupo numeroso de pessoas que não conhecia inicialmente foi um grande desafio, mas permitiu-me desenvolver maior segurança e competência na comunicação. Este aspeto contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal, tornando-me uma pessoa mais aberta e confiante nas minhas capacidades. Além disso, aprendi a gerir melhor a ansiedade em situações de exposição pública e a adaptar a minha linguagem para tornar os conteúdos acessíveis a diferentes públicos.

Outro aspeto valioso desta experiência foi a oportunidade de trabalhar com diferentes psicólogos e observar diversas abordagens clínicas. A interação com profissionais de diferentes perspetivas enriqueceu a minha visão sobre a prática da psicologia, permitindo-me compreender que não existe uma única forma de intervir, mas sim um conjunto de estratégias que podem ser adaptadas conforme o contexto e as necessidades do paciente. Esta aprendizagem foi fundamental para ampliar os meus horizontes e consolidar os meus conhecimentos na área. Além disso, a convivência com uma equipa multidisciplinar ajudou-me a perceber a importância da colaboração entre diferentes profissionais de saúde mental para uma intervenção mais eficaz.

Naturalmente, ao longo do estágio, enfrentei desafios e momentos de dificuldades, nomeadamente a gestão do impacto emocional das histórias e vivências dos utentes. Houve situações em que me foi difícil desligar no final do dia, pois as experiências partilhadas eram intensas e, por vezes, angustiantes. No entanto, esta realidade também me ajudou a compreender a importância de manter um equilíbrio entre envolvimento emocional e distanciamento profissional, de forma a garantir a minha própria saúde mental. Aprendi a valorizar a supervisão e o apoio dos colegas como formas de partilha e reflexão, fundamentais para o desenvolvimento profissional sustentável.

Em suma, este estágio foi uma experiência profundamente enriquecedora, proporcionando-me um crescimento tanto profissional quanto pessoal. A interação com os utentes, a aprendizagem sobre as diferentes perturbações psiquiátricas, o desenvolvimento de competências de comunicação e a exposição a diversas abordagens psicológicas foram aspetos fundamentais desta jornada. Sinto-me grata por esta oportunidade e confiante de que os conhecimentos e competências adquiridos serão essenciais para o meu futuro profissional na área da psicologia. Além disso, esta experiência consolidou a minha vocação para trabalhar na área da saúde mental, reforçando o meu compromisso em contribuir para o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos que necessitam de apoio psicológico.

Referências Bibliográficas

- Afonso P., Figueira, M. L., Teixeira, J. M., & Palha A. P. (2018). *Manual de Psicofarmacologia na prática clínica. (1ª ed.)* Lidel.
- de Almeida, L. R. (2009). Consideração positiva incondicional no sistema teórico de Carl Rogers. *Temas em psicologia*, 17(1), 177-190.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V (5ª ed.)*. Climepsi Editores.
- Amestoy, M. E., Best, M. W., Ruocco, A. C., & Uliaszek, A. A. (2024). Borderline personality disorder stigma: Examining the effects of diagnostic disclosure, behavior, and gender as sources of stigma in the general population. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/per0000672>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (ed.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (3)305-326. Quarteto Editora.
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. (2024). Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy*, 9(1), 30. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>.
- Del Casale, A., Bonanni, L., Bargagna, P., Novelli, F., Fiaschè, F., Paolini, M., Forcina, F., Anibaldi, G., Cortese, F. N., Iannuccelli, A., Adriani, B., Brugnoli, R., Girardi, P., Paris, J., & Pompili, M. (2021). Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Current neuropsychopharmacology*, 19(10), 1760–1779. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210610092958>
- Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório, Lisboa.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>

- Guendelman, S., Garay, L., & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite [Neurobiology of borderline personality disorder]. *Revista medica de Chile*, 142(2), 204–210. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200009>
- Hipólito, J., & Nunes, O. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*.
- Ingenhoven, T. J. & Duivenvoorden, H. J. (2011). Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(4), 489–496. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182217a69>
- Lawless, J., & Tarren-Sweeney, M. (2023). Alignment of borderline personality disorder and complex post-traumatic stress disorder with complex developmental symptomatology. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(2), 433–446. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s40653-022-00445-6>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Limandri, B. J. (2018). Psychopharmacology for Borderline Personality Disorder. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(4), 8–11. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180319-01>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. (2^a ed.). Guilford Press.
- Marques, P. (2000). Em torno do termo congruência. A Pessoa Como Centro, *Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 90-94.
- Melo, J. C. (2023). *Refêns das próprias emoções - Um retrato íntimo das pessoas com personalidade borderline*. (2^a ed.). Bertrand Editora.
- Mendez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). Borderline Personality Disorder. *American family physician*, 105(2), 156–161.
- Mildiner Moraga, S., Bos, F. M., Doornbos, B., Bruggeman, R., van der Krieke, L., Snippe, E., & Aarts, E. (2024). Evidence for mood instability in patients with bipolar disorder: Applying multilevel hidden Markov modeling to intensive longitudinal ecological momentary assessment data. *Journal of Psychopathology and Clinical*

- Science*, 133(6), 456–468. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/abn0000915>
- Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302), 241-247.
- Nunes, O., Brites, R., Hipólito, J., (2018) Psicoterapia centrada no cliente. In I. Leal (ed.) *Psicoterapias*.
- Parker, J. D., & Naeem, A. (2019). Pharmacologic Treatment of Borderline Personality Disorder. *American family physician*, 99(5).
- Peixoto, A., Correia, L., Bessa, J. (2018). Psicofarmacologia na depressão. In P. Afonso, M. Figueira, J.M. Teixeira & A. Pacheco Palha (Eds.), *Manual de Psicofarmacologia na Prática Clínica* (1ª ed., pp.69-84). Lidel.
- Pimenta, S. & Saraiva, C. (2014). Fundamentos de psicoterapia. *Psiquiatria fundamental* (1ªed., pp.97-125). Lidel.
- Pires, D., Pereira, M., Silva, S. P. C. F. (2020). *Intervenção Psicológica em Perturbações de personalidade*.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (1990). *This Is Me*. In Kirschenbaum, H. and Henderson, V. (ed.) The Carl Rogers Reader. 6-28
- Rogers, C. (1990). *A Client-centered/Person-centered Approach to therapy*. In Kirschenbaum, H. and Henderson, V. (ed.) The Carl Rogers Reader. 135-151
- Rogers, C. (1990). *Directive Versus the Nondirective Approach 1942*. In Kirschenbaum, H. and Henderson, V. (ed.) The Carl Rogers Reader. 77-87
- Rogers, C., Guadalupe, S. G. I., & Netzahuatl, G. (sd) *Empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia desde la terapia enfocada al cliente de Carl Rogers*.
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se Pessoa* (Trad. Entre Linhas). 1ª ed. Lisboa: Padrões Editora.
- de Sousa, J. S. P. (2015). *Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal* (Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa (Portugal)).
- Trivedi M. H. (2020). Major depressive disorder in primary care: strategies for identification. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2), UT17042BR1C.
<https://doi.org/10.4088/JCP.UT17042BR1C>.