

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

**ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NOS CUIDADOS DE SAÚDE
MENTAL**

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

Autor: Sara Patrícia Marques Gomes

Orientadora: Prof^ª. Doutora Paula Pires Carvalho

Abril de 2016

Lisboa

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que tornaram a realização deste trabalho possível.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todas as utentes, em especial as utentes do Projeto “Laço Verde” pelas pessoas admiráveis que são e à Isabel Marques (nome fictício) por ter partilhado comigo a sua história de vida, sem vós não teria sido possível obter uma aprendizagem significativa.

Gostaria de agradecer de forma especial a todos os colaboradores da instituição, pela cooperação, disponibilidade e apoio, em particular ao Enfermeiro-Chefe Ricardo, a Enfermeira Cláudia e a Irmã Lurdes, com quem trabalhei durante o estágio académico.

À Doutora Alvarina Ramos, pela partilha de conhecimentos e por me ter apoiado tão generosamente ao longo do estágio.

À minha orientadora de estágio, Professora Doutora Mónica Pires pelas sugestões e disponibilidade constante que foram cruciais para ultrapassar as dificuldades que foram surgindo ao longo deste trabalho.

À minha colega de estágio Carla agradeço o apoio e o incentivo que me deu nos momentos certos.

Aos meus familiares e amigos por estarem sempre presentes, durante todos estes anos e me terem feito acreditar que nunca é tarde demais para iniciar uma nova etapa na vida, o meu sincero agradecimento.

Por último, gostaria de agradecer ao meu marido, todas as demonstrações de carinho, compreensão, encorajamento e apoio incondicional que me deu durante estes anos e que sem os quais este trabalho não seria possível.

RESUMO

O envelhecimento constitui uma realidade inevitável e irreversível, consequência do aumento da esperança média de vida especialmente nas sociedades desenvolvidas. O aumento da população idosa parece estar relacionado a uma maior vulnerabilidade para o surgimento de problemáticas, entre as quais a demência e os sintomas depressivos, que resultam na perda de determinadas capacidades, acarretando um maior nível de dependência e a necessidade de recorrer à institucionalização. O trabalho do psicólogo clínico em parceria com outros profissionais da saúde revela-se fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população idosa institucionalizada, tanto ao nível da saúde mental, bem como na saúde geral.

O presente relatório explana o trabalho desenvolvido numa instituição que presta apoio assistencial a utentes com uma variedade de patologias do foro psíquico. O trabalho de estágio aqui apresentado engloba a realização de acompanhamento psicológico tanto ao nível individual como ao nível comunitário, entre outras atividades relacionadas com o quotidiano da instituição. São explanados com maior detalhe a análise de dois casos: um de acompanhamento psicológico com quadro de Perturbação Depressiva Major, e um de avaliação psicológica com quadro de Duplo Diagnóstico de Deficiência Intelectual concomitante a uma Perturbação da Personalidade Dependente.

Palavras-chave: envelhecimento, institucionalização, demência, depressão, deficiência intelectual, duplo diagnóstico, reabilitação psicossocial, acompanhamento psicológico, avaliação psicológica.

ABSTRACT

Ageing is an inevitable and irreversible reality, a consequence of increased life expectancy especially in developed societies. The increase in the elderly population seems to be related to a higher vulnerability to the appearance of problematics, including dementia and depressive symptoms that result in the loss of certain capacities, causing a greater level of dependency and the need recourse to institutionalization. The work of the clinical psychologist in partnership with other healthcare professionals is fundamental to improving the quality of life of aged population, both in terms of mental health, and general health.

The present report explains the work undertaken in an institution that provides welfare support to users with a variety of pathologies of the psychic forum. The internship work presented here includes conducting counseling both individually and at community level, among other activities related to the daily life of the institution. The analysis of two cases are explained in greater detail: a psychological counseling presenting Major Depressive Disorder frame, and one psychological evaluation with Double Intellectual Disability Diagnosis concomitant frame to a Dependent Personality Disorder.

Keywords: aging, institutionalization, dementia, depression, intellectual disability, dual diagnosis, psychosocial rehabilitation, psychological counseling, psychological evaluation.

ÍNDICE

I. PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO/REVISÃO DE LITERATURA	3
1. Contextualização do Local de Estágio	4
1.1. Caracterização da Instituição	4
1.2. Papel do Psicólogo Clínico	7
1.3. Papel do estagiário	7
1.4. Objetivos do Estágio	8
1.5. Cronograma de Atividades	8
2. Conceitos Teóricos	9
2.1. Envelhecimento e Espiritualidade	9
2.2. A intervenção da Psicologia no envelhecimento	11
2.3. Processo Bio-Psico-Social no envelhecimento	12
2.4. Envelhecimento Ativo	13
2.5. Institucionalização e o apoio familiar	13
2.6. Demência e perturbações associadas	14
2.7. Deficiência Intelectual	20
2.8. Duplo Diagnóstico e Deficiência Intelectual	21
2.9. Doença Mental e Psiquiatria	23
2.10. Reabilitação Psicossocial	25
2.11. Avaliação psicológica	26
2.12. Relação de Ajuda	28
2.13. Acompanhamento Psicológico	30
2.14. Modelos Teóricos de Intervenção	30
2.14.1. Modelo Biopsicossocial	30
2.14.2. Teoria Psicanalítica	31
2.14.3. Teoria Cognitivo-Comportamental	32
2.14.4. Teoria Sistémica	32
2.14.5. Teorias Humanistas e Abordagem Centrada na Pessoa	33
II. PARTE – TRABALHO DE ESTÁGIO	35
3. Atividades Desenvolvidas	36
3.1. Trabalho indireto	36
3.1.1. Reflexão Pessoal	37
3.2. Trabalho direto	37
3.2.1. Reflexão Pessoal	38
3.3. Outras atividades	39

3.3.1.	Reflexão Pessoal.....	39
3.4.	Apresentação de Casos Clínicos.....	40
3.4.1.	Caso Clínico A	40
3.4.1.1.	História Clínica.....	40
3.4.1.2.	Exame do estado mental	40
3.4.1.3.	História familiar e pessoal	41
3.4.1.4.	Análise reflexiva das sessões.....	41
3.4.1.5.	Reflexão Pessoal.....	48
3.4.2.	Caso Clínico B.....	48
3.4.2.1.	História Clínica.....	48
3.4.2.2.	História familiar e pessoal	49
3.4.2.3.	Exame do estado mental	50
3.4.2.4.	Processo de avaliação psicológica	50
3.4.2.5.	Análise dos resultados.....	51
3.4.2.6.	Conclusão e plano terapêutico.....	53
3.4.2.7.	Reflexão pessoal.....	53
III.	PARTE – DISCUSSÃO	55
4.	Panorama das problemáticas em Portugal	56
5.	Avaliação	58
6.	Conclusão	60
IV.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
V.	ANEXOS	78

INDICE DE QUADROS

Quadro 1- Cronograma de atividades.....	9
Quadro 2- Principais Demências no Envelhecimento	16
Quadro 3- Principais Perturbações da Ansiedade no Envelhecimento.....	17
Quadro 4- Principais Perturbações do Humor no Envelhecimento.....	19
Quadro 5- Resultados da Avaliação Psicológica – Sandra Gomes	51

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - A Congregação no Mundo..... 6

Figura 2 - A Congregação em Portugal..... 6

INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos numa sociedade onde predomina a cultura do prazer, do sentido de propriedade e do desejo desenfreado pelo consumismo; onde se incentiva a concorrência e o conceito de individualismo; onde o novo sobrepõem-se ao velho. Consequentemente, o processo de envelhecimento é visto pela nossa sociedade como estando unicamente relacionado a doença ou incapacidade (Blanchard, Serfaty, Duckett & Flatley, 2009).

Em Portugal, estima-se que existam 2,023 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade, representando cerca de 19% da população total e cerca de 1 milhão e 200 mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos (INE, 2011). Face a esta situação e à semelhança de outros países desenvolvidos, o aumento dos problemas relacionados com o envelhecimento apresentam uma necessidade crescente de compreender melhor esta fase da existência pertencente ao ciclo vital, mas cujo estudo foi durante anos descurado a favor das outras fases do desenvolvimento, particularmente a fase da infância e da adolescência (Fonseca, 2005).

Assim, no tempo em que vivemos, em que as sociedades adotam características mais envelhecidas e os sistemas familiares encontram-se cada vez menos disponíveis para os seus idosos, torna-se premente dotar as instituições de apoio com equipas multidisciplinares que possam dar resposta as necessidades emergentes nesta população (Sequeira, 2010).

A psicologia como ciência assume um papel importante ao estudar o comportamento e as suas manifestações em determinados contextos, sendo distinta na sua forma de intervir entre os vários ramos de especialização profissional, entre os quais, a Psicologia Clínica (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

A Psicologia Clínica é assim considerada como sendo uma subdisciplina da Psicologia e tem como principal objeto de estudo a avaliação, o diagnóstico, o acompanhamento e o tratamento do sofrimento psicológico, independentemente da sua origem (doença mental, perturbações, traumas, eventos vitais, entre outros) (Braunstein & Pewzner, 2003). Encontra-se subdividida em diversas especialidades, entre as quais podemos encontrar a Psicogeriatria.

A Psicogeriatria proporciona um atendimento integral das pessoas idosas, através da aplicação de provas de avaliação psicológica e neuropsicológica, no acompanhamento

psicológico ou na psicoterapia, e na procura de estratégias para a melhoria da qualidade de vida e na maximização da autonomia do idoso (Plante, 2005).

No que concerne ao trabalho de estágio, este encontra-se dividido em três grandes capítulos. O primeiro capítulo, pretende contextualizar a instituição referida, evidenciando a sua história, áreas de intervenção, os papéis do psicólogo e do estagiário no local, bem como, os objetivos do estágio e respetivo cronograma.

Seguidamente estabelece-se uma base teórica relacionada com as perturbações e especificidades da população alvo do estágio, abordando inicialmente o envelhecimento e todos os aspetos inerentes, o papel da psicologia no envelhecimento, a institucionalização e as patologias que afetam o idoso, bem como as metodologias específicas utilizadas. Neste mesmo capítulo, descrevem-se pormenorizadamente as atividades realizadas no local de estágio, incluindo dois casos clínicos, reuniões clínicas e intervenções de grupo, participação em contextos formativos e um trabalho de investigação realizado.

Por último, no terceiro capítulo contextualizam-se as problemáticas e as áreas de intervenção em Portugal e são aprofundados os casos clínicos e a nossa intervenção no âmbito da reabilitação psicossocial.

I. PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO/REVISÃO DE LITERATURA

1. Contextualização do Local de Estagio

1.1. Caracterização da Instituição

A instituição situa-se nos arredores de Sintra e é de cariz religioso, foi fundada em Ciempozuelos perto de Madrid (Espanha) em 1881 por São Bento Menni, sacerdote da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e pelas Irmãs Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez (CSI, 2013).

A instituição tem uma lotação de 525 camas divididas em 17 unidades de internamento de curto, médio e longo internamento, 4 residências internas, 4 residências na comunidade.

Ao nível assistencial desenvolve a sua intervenção em Ambulatório (Consultas Externas em várias especialidades clínicas - Psiquiatria, Psicologia, Gerontopsiquiatria, Consulta do Sono, Terapia da Fala, Psicomotricidade, Nutrição, Fisiatria, Apoio no Luto, Cuidado Paliativos/Dor e Hiperatividade e Défice de Atenção no adulto), ao nível do Internamento intervêm em diversas áreas, nomeadamente na Psiquiatria (Unidades de curto, médio e longo internamento, unidade residencial interna – “Casa das Estrelas” e residências na comunidade – Projeto “Laço Verde”), Deficiência Intelectual e Duplo Diagnóstico (Unidades de médio e longo internamento, unidades residenciais de apoio moderado e residenciais de apoio máximo), Psicogeriatria (Unidades de médio e longo internamento), Gerontopsiquiatria (Unidade de curto e médio internamento) e Cuidados Continuados Integrados (Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Cuidados Paliativos), (IHSCJ, 2014).

A instituição dispõe de uma Cooperativa de Solidariedade Social (POLISERCOOP), que funciona como uma estrutura autónoma à instituição e tem como objetivo a reinserção socioprofissional e o ganho acrescido de autonomia, dispõe de serviços de lavandaria, restauração e apoio domiciliário prestados pelos utentes dos projetos residenciais da instituição, com o apoio de auxiliares e monitoras. Permite desta forma fornecer serviços diversificados à comunidade local e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas e de doentes com limites de autonomia (IHSCJ, 2010).

A instituição incorpora ainda outras estruturas de apoio, tais como: os Serviços Administrativos, o Departamento de Recursos Humanos, o Departamento de Formação, Serviços Sócio Terapêuticos, Serviços Gerais e Manutenção. Recebe anualmente estágios

pré-profissionais na área da Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia da Fala e Nutrição (IHSCJ, 2010).

Trata-se de uma organização distinta, na prestação de cuidados de saúde, de cariz hospitaleiro que tem subjacente a qualidade e inovação, visa a adequação progressiva e sistemática das necessidades da população. Numa visão alargada, envolve não só o indivíduo portador de doença, mas também a sua família, os colaboradores da instituição, a comunidade e restante envolvente social (CSI, 2013).

Tem por base o valor da hospitalidade, entendida como o cuidado integral da pessoa portadora de doença mental, com deficiência física e/ou psíquica ou que seja portadora de doença oncológica, intervindo assim desta forma nas fases preventiva, curativa e reabilitadora (CSI, 2013).

A Congregação marca a sua presença em 24 países distribuídos pela Europa, América, Ásia e África, a hospitalidade e a ajuda comunitária mantêm-se como os pilares fundamentais da Congregação, evidenciando-se no acolhimento a todos, sem qualquer tipo de discriminação, dando primazia aos mais necessitados, marginalizados e excluídos.

Visa um acolhimento libertador, paciente e reabilitador, assente em todas as dimensões da pessoa, como postulado pelo humanismo integral, apoiado na qualidade profissional rigorosa e na formação e atualização profissional, onde as tomadas de posição são realizadas em equipa e estão orientadas essencialmente para a humanidade e a valorização da dignidade da pessoa (IHSCJ, Carta de Identidade da Instituição, 2010). Tem por base um comportamento bioético, assente no princípio da hospitalidade, estando ciente da história hospitaleira e sendo fiel aos seus princípios, contribui deste modo para o futuro hospitaleiro (IHSCJ, Carta de Identidade da Instituição, 2010).

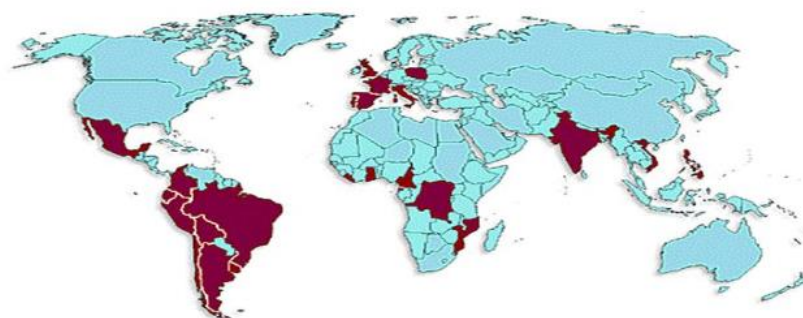


Figura 1 - A Congregação no Mundo

A presença da Congregação em Portugal data de 1894, ano em que foi fundado o primeiro centro assistencial, tendo recentemente comemorado 120 anos de existência.

Realiza a sua missão em 12 estabelecimentos de saúde, oito dos quais se situam no Continente e quatro nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira (IHSCJ, Carta de Identidade da Instituição, 2010).



Figura 2 - A Congregação em Portugal

1.2. Papel do Psicólogo Clínico

O psicólogo clínico é descrito como sendo um profissional habilitado e especializado que emprega princípios psicológicos na avaliação, no esclarecimento de diagnósticos e nos tratamentos terapêuticos das perturbações mentais, emocionais e comportamentais. O campo de atuação do psicólogo é amplo e pode decorrer em vários *settings*, mediante as necessidades e as valências dos serviços nos quais está inserido (Campbell, 2009).

Na CSI o psicólogo tem um papel primordial no trabalho clínico e no contexto institucional, parte das suas funções passam pelo acompanhamento dos utentes no longo internamento, aonde dinamiza intervenções em grupos psicoterapêuticos e no curto internamento realiza acompanhamento psicoterapêutico e desenvolve reuniões comunitárias nas residências comunitárias.

O serviço de Psicologia incide sobre uma série de valências com configuração tanto interdisciplinar como transdisciplinar e encontra-se estruturado por áreas de intervenção: Psiquiatria, Psicogeriatria, Deficiência Intelectual, Reabilitação, Consulta Externa e Cuidados Paliativos, tendo por isso uma psicóloga que intervém numa (ou mais) destas áreas.

Assim sendo, o serviço de Psicologia é formado por quatro psicólogas que intervém nos âmbitos da avaliação neuropsicológica (através da entrevista clínica ao doente e aos familiares, com aplicação de testes neuro psicológicos, escalas de sintomas psicopatológicos, escalas de funcionalidade, escalas de depressão para as demências, etc.), no acompanhamento psicoterapêutico, na reabilitação psicossocial (ao nível habitacional e profissional), na intervenção em grupos terapêuticos, na elaboração de planos individuais de intervenção e na intervenção junto dos familiares dos utentes. Para uma melhor contextualização deste serviço, encontra-se no Anexo A o esquema da sua organização.

1.3. Papel do estagiário

O estagiário em Psicologia acompanha todas as atividades em que o serviço de Psicologia intervém, com exceção das consultas externas. Assim sendo, o estagiário tem a possibilidade de participar nas reuniões clínicas das diversas unidades, nas reuniões comunitárias no contexto de internamento (intervenções de grupo com utentes das unidades de internamento) e em reuniões comunitárias no contexto da reabilitação (intervenções de grupo com as utentes das residências dos projetos).

1.4. Objetivos do Estágio

Este estágio curricular tem como principal objetivo a aplicação de todos os conhecimentos teóricos que foram adquiridos ao longo da formação académica de forma a contribuir para uma nova aquisição de experiência e de competências profissionais.

Estas competências serão refletidas na prática, nas aprendizagens e num contacto com a realidade dos utentes e na prestação de cuidados em saúde. No decorrer do estágio é de extrema relevância assumir um papel ativo e crítico nos projetos apresentados e nos quais se participa, sendo por isso fundamental construir bases sólidas de conhecimento para a prática futura, constituindo um aperfeiçoamento ético em articulação com a base teórica adquirida.

1.5. Cronograma de Atividades

O estágio cujo trabalho é aqui apresentado decorreu de 8 de Outubro de 2015 a 14 de Julho de 2015, tendo uma duração de 10 meses, com um total de 545 horas explanadas no Anexo B. Realizou-se um período de observação de três meses, sendo que neste período foram observadas diversas reuniões clínicas, comunitárias e de serviço, referentes as unidades e projetos da instituição. Após este período inicial, foram consideradas as preferências e competências de cada estagiária, assim como, as necessidades do serviço de Psicologia, tendo sido posteriormente definidas a (s) unidades onde a estagiária viria a desenvolver o seu trabalho de estágio.

No início do mês de Janeiro e até ao final do estágio, previsto decorrer até ao final do mês de Junho, cada estagiária desenvolveu o seu trabalho específico, sendo que fui direcionada para as unidades de longo internamento em Psicogeriatria (Unidades 8 e 9). Durante este período, realizei em ambas as unidades avaliações cognitivas (MMSE) e num âmbito mais terapêutico, realizei um acompanhamento na unidade 9, no qual se inseriram sessões de entrevista psicológica e posterior acompanhamento. Realizei igualmente uma avaliação psicológica (WAIS-III e CAQ) na área da Deficiência Intelectual para obter uma avaliação completa das características do estado cognitivo e da personalidade da utente, bem como para delinear os objetivos e plano de intervenção.

Num período inicial as estagiárias observaram reuniões comunitárias de acompanhamento dos grupos de cada residência do projeto de reabilitação psicossocial “Laço Verde”, que eram realizadas semanalmente, nas instalações da instituição, pelas técnicas responsáveis do projeto. Posteriormente, a partir do mês de Janeiro, cada

estagiária passou a realizar de forma autónoma e semanalmente, as reuniões de um dos apartamentos do projeto, nas próprias residências em questão.

Durante o estágio, foi realizada a aplicação de uma escala na área do *recovery* em reabilitação psicossocial às utentes do projeto, sendo que os resultados obtidos culminaram num trabalho de investigação na caracterização demográfica desta população em questão e na análise da sua perceção subjetiva de recuperação, ao nível geral e das diversas dimensões (Ver Quadro 1).

Quadro 1- *Cronograma de atividades*

Mês	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Início do Estágio	X									
Recolha Bibliográfica			X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração do Projeto		X	X							
Entrega do Projeto				X						
Acons. Psicológico							X	X	X	
Avaliação Psicológica									X	
Reuniões Comunitárias				X	X	X	X	X	X	
Final estágio									X	X
Elaboração Relatório			X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega Relatório (1ªv.)									Set/15	
Entrega Relatório (final)									Dez/15	

2. Conceitos Teóricos

2.1. Envelhecimento e Espiritualidade

O crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes das sociedades contemporâneas. As alterações demográficas consequentes do envelhecimento são visíveis tanto na Europa como em Portugal e as transformações que surgem nas sociedades só agora começam a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e o aumento da esperança média de vida com um aumento significativo das pessoas idosas, devido ao progresso da investigação clínica (INE, 2002). O conceito de envelhecimento é difícil de definir e assume diferentes significados, tendo vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, resultantes do desenvolvimento das atitudes, das crenças, dos valores, das culturas e das relações sociais características de cada período histórico (Sequeira, 2007).

O envelhecimento é caracterizado como sendo um processo normal, com um desenvolvimento progressivo, inevitável e constante (Figueiredo, 2007) e está subjacente a três padrões distintos entre si denominados de envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido (Whitbourne & Whitbourne, 2011).

Assim sendo, o envelhecimento considerado normal (primário) salienta a ocorrência de alterações fisiológicas e psicológicas características da idade que por sua vez são inevitáveis e intrínsecas ao organismo (Campbell, 2009); o envelhecimento patológico (secundário) faz referência a mudanças concernes à presença de doença ou resultantes de um acidente que aceleram o processo de envelhecimento normal (Campbell, 2009); por sua vez o envelhecimento bem-sucedido é alcançado através de mecanismos de otimização dos ganhos (maximização) e compensação das perdas (minimização) ao longo da vida, tendo em conta o envolvimento ativo na vida e a capacidade física funcional e cognitiva a um nível ótimo de vida em pleno funcionamento (Fonseca, 2005). Sendo que neste último o idoso reequaciona os seus objetivos e desenvolve estratégias preventivas e compensatórias dadas pelos significados de readaptação aos mecanismos dos ganhos, das perdas e ambivalência que expressam. Estes objetivos e estratégias vão contribuir para ultrapassar as alterações negativas que ocorrem no processo de envelhecimento, de forma a conservar a sua autoestima (Fernández-Ballesteros, 2004; Fonseca, 2005; Whitbourne & Whitbourne, 2011).

No que concerne ao estudo da espiritualidade e da religião ambas são parte integral da saúde mental e física, do bem-estar psicossocial e da satisfação com a vida (Greenfield, Vaillant & Marks, 2009; Yoon & Lee, 2007). No entanto a espiritualidade e a religião são conceitos distintos mas que de certa forma se sobrepõem, uma vez que uma complementa a outra. Numa clara distinção entre ambas, a espiritualidade é considerada como a procura de respostas compreensíveis para as questões sobre o significado da vida, a razão de viver e a sua relação com o sagrado e o transcendente assumindo diferentes aceções mediante a cultura e a civilização na qual o indivíduo se encontra inserido (Friedman, Krippner, Riebel & Johnson, 2010; Geppert, Bogenschutz, & Miller, 2007). A religião por sua vez é entendida como um sistema estruturado de crenças, práticas, rituais e de símbolos mediadores da adjacência com o sagrado e o transcendente, através da partilha de crenças nos rituais e nas práticas religiosas institucionalizadas (Friedman, Krippner, Riebel, & Johnson, 2010; Geppert, Bogenschutz, & Miller, 2007).

A necessidade de encontrar significado pessoal e propósito na vida através da espiritualidade torna-se relevante no ciclo vital do envelhecimento, na qual emerge

necessidades espirituais, tais como a necessidade de amor e de relacionamento interpessoal, compreensão sobre a mortalidade e integração espiritual (Staudé, 2005; Steinhäuser, Alexander, Byock, George, Olsen, & Tulskey, 2008).

A espiritualidade tem sido referida como um fator significativo para ajudar as pessoas mais velhas a lidar com os seus problemas do dia-a-dia e é frequentemente reconhecida por desempenhar um papel fundamental na promoção da autodeterminação, de sentimentos de crescimento pessoal, autoaceitação e dignidade (Greenfield, Vaillant & Marks, 2009). Crê-se que terá igualmente um papel importante na promoção do comportamento funcional com a morte, na redução dos níveis de ansiedade, na cooperação para a redução da morbilidade, na preservação dos níveis de saúde mental e física e na contribuição para o aumento da resiliência na depressão e no luto (Agli, Bailly & Ferrand, 2014; Ardel & Koenig, 2007; Koenig, 2004).

2.2. A intervenção da Psicologia no envelhecimento

A intervenção da psicologia neste contexto foca-se essencialmente em duas áreas, na geriatria e na gerontologia. No que concerne à geriatria esta é um ramo da medicina que se dedica não só apenas à intervenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças/patologias que estão relacionadas com a idade, debruçando-se igualmente sobre os aspetos sociais, psicológicos e biológicos que influenciam o idoso e o seu processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

A intervenção do psicólogo incide essencialmente nas problemáticas psicológicas no sentido de compreender e contribuir para melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos idosos através da intervenção psicológica, de forma a preservar as capacidades funcionais, a autonomia e independência (Gatchel & Oordt, 2003). O psicólogo neste contexto procura através da estimulação que os idosos institucionalizados possam encontrar um sentido para as suas vivências e desenvolvam estratégias salutaras para enfrentar as implicações psicológicas que ocorrem devido ao fato de residirem numa instituição (Bateman, Brown, & Pedder, 2003).

A gerontologia, por sua vez, é o estudo do processo de envelhecimento com base nos aspetos bio-psico-sociais, adotando desta forma uma estrutura multidisciplinar. Os aspetos biológicos estão diretamente relacionados com as mudanças que ocorrem e acentuam-se com o avançar da idade e que com o tempo produzem efeitos nos sistemas biológicos do organismo (Fernández-Ballesteros, 2009).

Os aspetos psicológicos estão inerentes às alterações e/ou à manutenção dos processos psicológicos, tais como a memória, a atenção, a aprendizagem, a personalidade, etc. Por último, os aspetos sociais estão relacionados às alterações nos papéis sociais assumidos até então pelo idoso e na estrutura social do mesmo, uma vez que o idoso encontra-se inserido numa sociedade multicultural em constante desenvolvimento. No seu conjunto, estes aspetos procuram proporcionar uma melhor qualidade de vida com um envelhecimento saudável (Fernández-Ballesteros, 2009).

2.3. Processo Bio-Psico-Social no envelhecimento

O envelhecimento pressupõe um conjunto de alterações no processo biológico, psicológico e social ao longo do ciclo vital (Sequeira, 2010). Ao nível do processo biológico verifica-se um declínio na eficácia dos diversos sistemas (táctil, visual, auditivo e cinestésico), que ao longo do tempo vão sofrendo alterações no seu funcionamento (Fernández-Ballesteros, 2009; Sequeira, 2010).

No processo de envelhecimento dá-se um decréscimo da plasticidade cerebral devido à diminuição do fluxo sanguíneo consequente do envelhecimento, nomeadamente alterações nas funções cognitivas, como a memória, o pensamento, a linguagem, a orientação pessoal e a personalidade. A perda da acuidade cognitiva geral vai-se manifestando com o avanço da idade, de forma igualmente progressiva e a um ritmo variável, consoante as condições físicas gerais da pessoa, sendo que este ritmo é mais rápido se existir fatores de risco vascular, tais como o sedentarismo, o tabagismo, o abuso no consumo de álcool mesmo sem dependência, hipertensão, obesidade e a depressão, entre outros fatores (Restak, 1999; Raz, 2000, citados por Sequeira, 2010; Norton, Matthews, Barnes, Yaffe & Brayne, 2014).

As alterações psicológicas devem-se particularmente à passagem e adaptação prematura para a reforma “antecipada”, numa fase em que ainda existia um investimento ativo na vida profissional ou por exaustão do longo percurso da vida ativa e finalmente ser possível de concretizar as suas expectativas há tanto tempo ansiadas (Sequeira, 2010).

Estas vicissitudes podem refletir transformações no funcionamento e implicações ao nível do bem-estar psicológico e social (Fernández-Ballesteros, 2009; Sequeira, 2010). Assim como a perceção da diminuição das capacidades e do sentimento de importância do idoso na sociedade podem também conduzir ao isolamento, solidão, tristeza, perda de autoestima e a sintomas depressivos (Saldanha, 2009; Sequeira, 2010).

As alterações sociais devem-se essencialmente à participação ativa dos idosos, sendo que nesta fase do ciclo vital os mesmos são confrontados por alterações significativas ao nível familiar, laboral e ocupacional, alterações essas que refletem a mudança dos seus papéis no seio familiar, no trabalho e na sociedade, uma vez que estes tem tendência para diminuir gradualmente no processo de envelhecimento (Sequeira, 2010).

2.4. Envelhecimento Ativo

O conceito de envelhecimento ativo é atualmente considerado como um conceito multidimensional que integra uma ampla gama de fatores bio-psico-sociais com base em critérios objetivos (estado mental) e subjetivos (saúde subjetiva) (Fernández-Ballesteros, Cassinello, Bravo, Martínez, Nicolás, López & Moral, 2011).

As abordagens neste domínio integram o papel de dimensões como a saúde, o funcionamento mental, a alimentação, a importância do exercício físico, as relações sociais, presença da família, os hábitos do quotidiano, satisfação na vida, suporte financeiro, autocontrolo do *stress*, envolvimento ativo na vida, entre outras dimensões (Bowling & Dieppe, 2005; Fries, 2012; Fernández-Ballesteros, Robine, Walker & Kalache, 2013).

O envelhecimento ativo é assim definido como um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, visando o aumento da qualidade de vida durante o envelhecimento (WHO, 2002). Encontra-se assente em três pilares: na conceção da saúde como concretização, na participação social e na segurança, sendo que esta última remete para a proteção, dignidade e para as necessidades da população idosa (Fernández-Ballesteros, 2011; Hippel & Matovic, 2008).

Conceitos como a qualidade de vida e expectativa de vida saudável apontam para a necessidade de considerar os aspetos valorizados pela população idosa quanto ao seu bem-estar global, como a saúde, a satisfação de vida, bem-estar psicológico, mas também a satisfação com o ambiente social através do apoio das redes sociais, nomeadamente do tipo familiar (Fernández-Ballesteros et al., 2013).

2.5. Institucionalização e o apoio familiar

A institucionalização constitui uma realidade na vida atual da população idosa que embora seja usualmente temida e muitas vezes rejeitada pela maioria, é uma “alternativa”

para a família que não tem condições financeiras ou mesmo emocionais para cuidar do idoso. A institucionalização surge na sequência de problemas graves de saúde, devido a descompensação resultante de patologias crônicas ou até mesmo como consequência das comorbidades, uma vez que os idosos apresentam com frequência alterações nas funções cognitivas e declínio na capacidade funcional (Chang, Chenoweth & Hancock, 2003; Covinsky, Palmer, Fortinsky, Counsell, Stewart, Kresevic, Burant & Landefeld, 2003). Embora se tenha uma visão negativa da institucionalização, esta pode promover um sentido de segurança perante uma situação de perda da independência nas atividades de vida diária, perda do cônjuge, diminuição do apoio social, isolamento, entre outros (Pimentel, 2001).

Cuidar de um familiar com idade avançada nos dias de hoje implica uma redefinição na estrutura familiar quanto às suas relações familiares e sociais, às suas obrigações e às próprias capacidades de adaptação. Algumas famílias procuram manter um contacto regular com a pessoa idosa institucionalizada, outras rejeitam-na ou excluem-na do meio familiar, desencadeando um sentimento de abandono na pessoa envelhecida e promovendo a sua solidão e isolamento (Lage, 2005).

A família pode apresentar determinadas especificidades que a define como sendo única na forma como os seus elementos se organizam e relacionam entre si, tratando-se assim de um sistema regulado por outros subsistemas (Alarcão, 2006; Relvas, 2006). O impacto da doença mental no sistema familiar pode-se manifestar pelas mais diferentes reações: pelo desgosto emocional; culpabilidade, impotência e revolta para com a doença; pela ilusão dos primeiros sinais de compensação psicopatológica do doente; receiam-se as recaídas; etc. Perante estas manifestações a família vai procurar dirigir o seu próprio processo de reestruturação adaptando e integrando determinadas estratégias para lidar com as exigências e procurar estabilidade (Alarcão, 2006; Boss, 2002; Carter & McGoldrick, 2001; Lage, 2005; Relvas, 2006).

2.6. Demência e perturbações associadas

A demência é caracterizada pela perda progressiva das capacidades intelectuais que afeta a memória e outras funções cognitivas como o raciocínio, a concentração, a compreensão e a linguagem (Barreto, 2005; Cruz, Barbosa, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011). A demência numa primeira fase, caracteriza-se por um quadro clínico praticamente assintomático, em que o indivíduo pode ter alguns lapsos de memória, sem que contudo os mesmos afetem as suas atividades diárias. A evolução dá-se

inevitavelmente no sentido do agravamento das perturbações cognitivas, do desenvolvimento de sintomas psicocomportamentais e neurológicos e na perda de autonomia (Touchon & Portet, 2006).

Com o avançar da idade, a velocidade de processamento de informação tende a diminuir, esta diminuição afeta na sua maioria a atenção, a memória e a tomada de decisões. É possível observar-se um declínio da memória de trabalho quanto à manipulação ativa de informação, que por sua vez vai influenciar o raciocínio, a aprendizagem e a recordação e a retenção de novas informações. As capacidades perceptuais e sensoriais ficam igualmente afetadas, perdendo-se substancialmente a acuidade auditiva e visual, o que pode dificultar a perceção dos estímulos externos, exigindo desta forma um maior consumo de tempo e de esforço no processamento da informação (Duarte, Graham & Henson, 2008; Galluzzi, Beltramello, Filippi & Frisoni 2008; Spar & La Rue, 2005).

As patologias que afetam mais a população idosa são a doença de Alzheimer, representando 50 a 60% dos casos de demência; a demência dos Corpos de Lewy é a segunda causa de demência degenerativa representando 15 a 25% dos casos; a demência na doença de Parkinson; a demência no VIH-SIDA e a demência vascular. A demência frontotemporal é a segunda causa mais comum de demência de início precoce com ocorrência antes dos 65 anos de idade (Ahmed, Arnold, Thompson, Graham & Hodges, 2008; Missotten, Squelard, Ylieff, Di Notte, Paquay, De Lepeleire, & Fontaine, 2008; Norton et al., 2014; Spar & La Rue, 2005; Veríssimo, 2014) (Ver Quadro 1).

Quadro 2- *Principais Demências no Envelhecimento*

Patologia	Sintomatologia	Etiologia
Doença de Alzheimer	Início insidioso e evolução lenta e constante. Sintomas demenciais descritos acima.	Degeneração do Sistema Nervoso Central. Genética
Demência Vascular	Início gradual ou abrupto. Perda de memória, comprometimento intelectual	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico ou Transitório
Demência Frontotemporal	Início precoce e evolução gradual. Comprometimento do comportamento ao nível social e pessoal, perda do sentido crítico	Degeneração focal dos Lobos Frontais e Temporais
Demência na Doença de Parkinson	Semelhanças com o quadro da Doença de Alzheimer (apenas em alguns casos)	Degeneração do Sistema Nervoso Central. Genética
Demência dos Corpos de Lewy	Perturbação na atenção, nas funções executivas, na memória e percepção; delírios e alucinações visuais, lentidão anormal dos movimentos voluntários e rigidez	Degeneração do Sistema Nervoso Central
Demência no VIH-SIDA	Perturbações na concentração, lentificação, apatia, espontaneidade reduzida e dificuldades na resolução de problemas	Infeciosa

Nota: Adaptado de Frances & Ross, 2004; Veríssimo, 2014.

O envelhecimento é caracterizado pela mudança e perda de papéis, tais como: término do papel profissional, alteração nos papéis sociais, mudanças nas relações familiares, circunstâncias financeiras adversas, etc. (Figueiredo, 2007). Essas mudanças são inevitáveis e conduzem muitas vezes a perturbações da ansiedade no idoso, tais como: perturbações fóbicas, perturbações de pânico, perturbações da ansiedade generalizadas, perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações pós-stress traumático (Alwahhabi, 2003; Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003; Kirmiziloglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009;

Segal, June, Payne, Coolidge & Yochim, 2010; Spar & La Rue, 2005; Veríssimo, 2014) (Ver Quadro 2).

Quadro 3- *Principais Perturbações da Ansiedade no Envelhecimento*

Patologia	Sintomatologia
Perturbação fóbica e fobias especificadas (Agorafobia, Fobia Social ou outras)	Ansiedade relacionada com o estado de hipervigilância à ameaça externa ao indivíduo que conduzem a fuga. Sintomas: palpitações, hiperventilação e desfalecimento; associados a medos secundários de morte, perda de controlo ou perda do funcionamento cognitivo
Perturbação de Pânico	Ataques de pânico intensos e recorrentes, não predominante de circunstâncias específicas. Sintomas: palpitações, suores, tremores, parestesias, vertigens.
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	Caracterizada por pensamentos obsessivos e recorrentes em que o indivíduo tenta neutralizar com outros pensamentos mas sem sucesso. Sentimentos de ansiedade, tensão interna ou psíquica
Perturbação Pós-Stress Traumático	Reação subsequente a uma situação stressante, ameaçadora ou devastadora que por sua vez provoca angústia. Sintomas: o indivíduo revive o evento traumático através de lembranças ou sonhos recorrentes e intrusivos. Anedonia, sentimento de entorpecimento, evitamento de situações remisscentes ao evento.
Perturbação da Ansiedade Generalizada	Ansiedade generalizada e persistente, não predominante de uma circunstância específica. Sintomas comuns: tensão muscular, tremores, vertigens, hiperventilação, suores, desconforto gastrointestinal.

Nota: Adaptado de Frances & Ross, 2004; Veríssimo, 2014.

Contudo o idoso poderá ser afetado por outras patologias, tais como a diabetes, a osteoporose, acidente vascular cerebral (AVC), doenças crónicas ou mesmo doenças oncológicas, que o podem debilitar ou mesmo impedir de realizar as suas atividades diárias, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de patologias do foro

psicológico, em particular depressões (Spar & La Rue, 2005; Teixeira, Wieck, Diniz & Bauer, 2012; Veríssimo, 2014).

A depressão é considerada como um dos principais problemas de saúde e atualmente devido ao grande interesse na literatura tem sido considerada a “doença do século” tendo em conta a sua prevalência na população idosa (Blažeković-Milaković, Stojanović-Spehar, Katić & Kumbrija, 2011; Godin, Dufouil, Maillard, Delcroix, Mazoyer, Crivello, Alpérovitch & Tzourio, 2008; Han, McCusker, Cole, Abrahamowicz, & Capek, 2008). A depressão nos idosos surge de semelhante modo às restantes faixas etárias, contudo a manifestação de sintomas obsessivos, ideias persecutórias, agitação e hipocondria são mais frequentes, seguidamente de baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, propensão para sentimentos auto-depreciativos, alteração do sono e do apetite, podendo surgir igualmente pensamentos recorrentes de suicídio. São predominantes os sintomas de índole somática em detrimento de sintomas psicológicos, o que por si só dificulta o diagnóstico de depressão no idoso, particularmente quando a mesma coexiste com outra patologia médica (Férrandez-Santos, 2002).

No que concerne aos fatores preditores para o desenvolvimento da depressão no idoso, o sexo feminino apresenta maior risco (Barefoot, Mortensen, Helms, Avlund & Schroll, 2001; Luppa, Luck, König, Angermeyer & Heller, 2012), outros fatores a ter em conta são a existência de um historial depressivo ou ansioso, ter escolaridade inferior a oito anos (Heun & Hein, 2005), prevalência de demência ou declínio cognitivo (Kales, Maixner & Mellow, 2005), ser detentor de disfunção hipoacústica, viúvo, ser dependente nas atividades da vida diária, encontrar-se a residir num lar ou estar institucionalizado (Bruce, Mcavay, Raue, Brown, Meyeres, Keohane, Jagoda & Weber, 2002; Lykouras & Gournellis, 2008; Stek, Vinkers, Gussekloo, Van Der Mast, Beekman & Westendorp, 2006; Yang & George, 2005), o luto, o abandono, as doenças incapacitantes e as carências económicas são igualmente considerados como preditores desta patologia (Fonda, Wallace & Herzog, 2001) (Ver Quadro 3).

Quadro 4- *Principais Perturbações do Humor no Envelhecimento*

Patologia	Tipos	Sintomatologia
Perturbação Bipolar	Tipo I	Recorrente ou mais recente, especificada como Episódio Hipomaníaco; Maníaco; Misto ou Depressivo Major. Com registo anterior de um Episódio Maníaco ou Depressivo Major.
	Tipo II	Com ocorrência de um ou mais Episódios depressivos Major, ou pelo menos um Episódio Hipomaníaco. Sem registo de Episódio Maníaco ou Misto.
Características Maníacas	Mania com e sem Sintomas Psicóticos	Entusiasmo incessante e indiscriminado por interações interpessoais; impulsividade; otimismo injustificado; redução acentuada da necessidade de dormir; irritabilidade; dificuldade na concentração e na atenção; alucinações e delírios.
	Hipomania	Humor elevado, aumento do envolvimento em atividades físicas e mentais e fuga de ideias.
Características da Depressão	Ligeira Moderada Grave com ou sem Características Psicóticas	Humor depressivo, energia reduzida e redução da atividade. Baixa autoestima, sentimentos de culpabilidade, ideação suicida ou de automutilação; diminuição do apetite e perturbação do sono.
Perturbações de Humor Persistentes	Distímia	Caracterizada por humor depressivo crónico com presença acentuada de sintomas de fadiga, auto-desvalorização e baixa autoestima
	Ciclotímia	Caracterizada por estados emocionais instáveis, marcada por períodos depressivos e de elevação moderada

Nota: Adaptado de Frances & Ross, 2004; Veríssimo, 2014.

2.7. Deficiência Intelectual

A Deficiência Intelectual (DI) caracteriza-se por limitações significativas tanto ao nível do funcionamento intelectual como ao nível do comportamento adaptativo, através das capacidades sociais (e.g. compreender como se comportar em situações sociais), conceptuais (e.g. comunicação, auto-direção, etc.) e práticas (e.g. atividades da vida diária, autocuidado, competências de trabalho, etc.) com incidência antes dos 18 anos (Polloway, Smith, Patton & Antoine, 2009; Schalock, Luckasson, Shogren, Borthwick-Duffy, Bradley, Buntinx, Coulter, Craig, Gomez, Lachapelle, Reeve, Snell, Spreat, Tassé, Thompson, Verdugo, Wehmeyer & Yeager, 2007; Tassé, Schalock, Balboni, Bersani, Borthwick-Duffy, Spreat, Thissen, Widaman & Zhang, 2012).

O diagnóstico da DI é delineado em quatro graus de gravidade: Ligeira, Moderada, Grave e Profunda. Estima-se que cerca de 85% da população com Deficiência Intelectual tem um nível de gravidade Ligeira, sendo que estes indivíduos adquirem normalmente competências de comunicação e sociais durante a pré-escola e regularmente não se diferenciam das outras crianças sem DI até terem alcançarem uma idade mais avançada. (Vandernagel, Kiewik, Postel, Dijk, Didden, Buitelaar & Jong, 2014). Em adultos usualmente atingem competências sociais e profissionais adequadas para o seu autossustento, contudo podem vir a necessitar de supervisão, orientação e assistência, quando integrados na comunidade (Holwerda, van der Klink, de Boer, Groothoff, & Brouwer, 2013).

Cerca de 10% da população com DI tem um nível de gravidade Moderada e na sua maioria adquirem competências de comunicação durante a primeira infância (Hardiman, Guerin, & Fitzsimons, 2009). Na adolescência têm dificuldades em reconhecer e respeitar regras sociais o que pode interferir nas suas capacidades de estabelecerem relacionamentos amorosos e desenvolver amizades. Em adultos, grande parte desta população consegue realizar trabalhos não qualificados ou semiespecializados com uma boa integração e adaptação na comunidade, contudo necessitam de supervisão e de orientação (Enkelaar, Smulders, Lantman-de Valk, Weerdesteyn, & Geurts, 2013).

Aproximadamente 3% a 4% da população com DI tem um nível Grave e adquirem poucas ou mesmo nenhuma competências de comunicação verbal durante a primeira infância. Na idade escolar podem aprender a falar, contudo a aprendizagem é limitada traduzindo-se na aprendizagem do alfabeto, formação de palavras simples e reconhecimento de números básicos (Medeiros, Curby, Bernstein, Rojahn, & Schroeder, 2013).

Cerca de 1% a 2% da população com DI tem um nível de gravidade Profunda, na sua maioria tem uma condição neurológica identificada que é responsável pela DI (Van Vonderen, de Swart, & Didden, 2010). Apresentam dificuldades significativas ao nível do funcionamento sensório-motor na primeira infância, necessitando por isso de constante auxílio, supervisão e de cuidado individualizado (Lambrechts & Maes, 2008).

2.8. Duplo Diagnóstico e Deficiência Intelectual

Até recentemente muitos profissionais de saúde mental acreditavam que as pessoas com deficiência intelectual não poderiam sofrer de outras perturbações psiquiátricas (Deb, Thomas & Bright, 2001). Contudo com o aumento do interesse por parte da literatura, verificou-se que a população diagnosticada com DI não só pode experienciar perturbações psiquiátricas, como a prevalência da psicopatologia entre os indivíduos com DI pode ser 4 a 5 vezes maior do que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população em geral (Brereton, Tonge, & Einfeld, 2006; Cherry, Penn, Matson, & Bamburg, 2000; Deb et al., 2001; Wallander, Dekker, & Koot, 2006). A prevalência estimada de perturbações psiquiátricas nos indivíduos com comorbilidades de DI é desconhecida, uma vez que os problemas de comportamento e emocionais são frequentemente ignorados, conduzindo desta forma a uma subestimação da prevalência do Duplo Diagnóstico (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007; Deb et al., 2001).

Segundo alguns estudos verificou-se que as taxas de esquizofrenia são mais elevadas em indivíduos com DI quando comparados com a população em geral (Deb et al., 2001). Este fenómeno pode ser explicado pela noção de que o QI reduzido pode conduzir o indivíduo a criar conjeturas incorretas sobre seu ambiente social (Bouras, Martin, Leese, Vanstraelen, Holt, Thomas, Hindler & Boardman, 2004). Outros estudos indicam que a coocorrência de determinados genes e fatores ambientais podem estar relacionados com uma forte relação familiar entre a DI e a esquizofrenia (Greenwood, Husted, Bomba, Hodgkinson & Bassett, 2004).

A ansiedade e a depressão parecem estar também relacionadas às pessoas com DI (Hermans & Evenhuis, 2012). O aumento do risco da Perturbação da Ansiedade em indivíduos com DI deve-se em particular a fatores hereditários (Sullivan, Hooper & Hatton, 2007), a problemas cognitivos e a falta de competências nas atividades de vida diária (Cooray & Bakala, 2005) ou a ocorrências traumáticas (Hastings, Hatton, Taylor, & Maddison, 2004). Diversos estudos indicam que indivíduos com DI sofrem de

Perturbação Depressiva Major sendo que a prevalência de episódios depressivos é tão elevada nesta população como na população em geral (Hurley, 2008; Maïano, Morin, & Bégarie, 2011). No entanto, as perturbações depressivas em indivíduos, principalmente diagnosticados com DI Grave ou Profunda, são frequentemente indetetáveis (Ailey, 2009; Herman & Evenhuis, 2012). A falha no diagnóstico de Perturbação Depressiva Major nos indivíduos com DI prende-se ao fato de os indivíduos serem incapazes de expressar verbalmente os sintomas cognitivos, fazendo emergir incertezas quanto ao tipo de sintomas a serem incluídos num possível quadro psicopatológico (Langlois & Martin, 2008; Ross & Oliver, 2002; Tomić, Mihajlović, Mihajlović, Dejanović, Mihajlović & Petrović, 2011).

Os indivíduos com DI apresentam taxas mais elevadas de problemas de conduta em relação a indivíduos sem DI (Allen, Lowe, Matthews, & Anness, 2012; Emerson, Robertson, & Wood, 2005; Lambrechts & Maes, 2008; Wallander et al., 2006). Estes problemas de conduta são definidos como comportamentos culturalmente inaceitáveis que põem em causa a qualidade de vida do individuo e a sua integração na comunidade, os comportamentos mais comuns são a agressão, pica, automutilação, comportamentos destrutivos e a ruminação (Bushbacher & Fox, 2003; Matson & Boisjoli, 2007; Singh, Matson, Lancioni, Singh, Adkins, McKeegan & Brown, 2006; Rojahn, Rowe, Sharber, Hastings, Matson, Didden, Kroes & Dumont, 2012).

Apesar do recente interesse por esta área de investigação, alguns autores referem que a Perturbação Antissocial da Personalidade pode coocorrer em indivíduos com DI, sendo caracterizada por um padrão de comportamento antissocial, pautado por comportamentos de impulsividade e agressividade, de desrespeito, desconsideração e transgressão pelas regras sociais e pelos direitos dos outros, recorrendo muitas vezes a estratégias de manipulação para benefício próprio (Alexander & Cooray, 2003; Dickson, Emerson & Hatton, 2005; Lindsay, 2007; Morrissey & Hollin, 2011).

No que concerne ao diagnóstico da Perturbação Bipolar em indivíduos com DI este pode revelar-se complicado tendo em conta as limitações das competências linguísticas e a subnotificação significativa dos sintomas maníacos relatados pelos cuidadores, uma vez que os indivíduos com DI têm dificuldades em compreender e descrever conceptualmente os seus processos internos, não sendo possível o autorrelato (Gonzalez, Matson & Bodfish, 2006). Em alternativa, o profissional clínico elabora o diagnóstico na base da observação direta dos comportamentos e procura integra-los num quadro psicopatológico (Barnhill & McNelis, 2012).

A Perturbação do Espectro Autista pode coocorrer em indivíduos com DI (Hattier, Matson, Tureck & Horovitz, 2011; Hermans & Evenhuis, 2010) e estima-se que aproximadamente 50 a 80% dos indivíduos com PEA têm comorbilidade com DI (Baird Simonoff, Pickles, Chandler, Loucas, Meldrum, & Charman, 2006; Fombonne, 2003) e cerca de 7,5% a 40% dos indivíduos com DI têm comorbilidade com PEA (Bryson, Bradley, Thompson & Wainwright, 2008; Cooper et al., 2007).

2.9. Doença Mental e Psiquiatria

Na realização deste trabalho considerou-se pertinente mencionar a evolução da doença mental, bem como a Perturbação Bipolar e Esquizofrenia, uma vez tratando-se de patologias de ampla representatividade na instituição, nomeadamente na área da Psiquiatria.

A humanidade perante um comportamento considerado problemático, anormal ou perturbador, procurou desde sempre compreendê-lo e interpretá-lo concebendo assim ao longo do tempo várias tentativas de reflexão em relação aos indivíduos com perturbações mentais, perturbações essas que eram inicialmente explicadas através de cânones pré-científicos, metafísicos e de crenças mágico-religiosas (Spadone, 2007). No início do séc. XIX, autores como Pinel e Esquirol, procuraram individualizar e descrever perturbações psiquiátricas através de outros campos do conhecimento, tais como a botânica (Spadone, 2007). Após este período, dá-se o aprofundamento do conhecimento da doença mental e com ele surgem duas correntes científicas distintas, uma alemã, aonde se destacam os nomes dos autores Kraepelin, Freud e Bleuler e, uma francesa com os autores Charcot, Magnan e Morel. Estas correntes diferiam quanto à classificação das doenças mentais e na distinção patológica, contudo não faziam qualquer distinção quanto à origem da doença mental ou aos tratamentos a realizar (Spadone, 2007).

No que concerne à esquizofrenia esta é definida como uma perturbação psiquiátrica crónica e debilitante na qual é observável uma sequência de períodos sintomáticos com períodos assintomáticos e é caracterizada por sintomas positivos que refletem a distorção da percepção da realidade (e.g. delírios, alucinações, comportamento desorganizado, perturbações do pensamento, etc.) e por sintomas negativos descritos por restrições emocionais e disfunção do comportamento (e.g. embotamento afetivo, anedonia, apatia, discurso empobrecido, isolamento, etc.) (Faludi, Dome & Lazary, 2011; Liemburg, Knegterin, Klein, Kortekaas & Aleman, 2012). Existe possibilidade de manifestações cognitivas, que podem resultar em défices de atenção, de velocidade de

processamento de informação, de raciocínio, de aprendizagem e memória (Tandor, Nasrallah & Keshavan, 2009).

Os primeiros sintomas manifestam-se frequentemente no final da adolescência ou no início da idade adulta, a perturbação afeta de igual modo homens e mulheres, contudo a perturbação poderá manifestar-se mais cedo nos homens, sendo preponderante entre os 15 e os 20 anos e nas mulheres a manifestação é mais tardia, dando-se entre os 20 e os 30 anos (Aleman, Kahn & Selten, 2003; Awad, & Voruganti, 2008). No que concerne à sua etiologia, a esquizofrenia é considerada uma patologia multifatorial resultante da combinação de vários fatores de predisposição genética e hereditária e de fatores ambientais. A incidência da esquizofrenia é de 15.2 por 100 000 indivíduos e a probabilidade de vir a desenvolver esquizofrenia é de 7.2 por 1000 indivíduos com prevalência no sexo masculino (Faludi et al., 2011; McGrath, Saha, Chant & Welham, 2008). A esperança média de vida dos doentes diagnosticados com esquizofrenia é inferior em comparação com a população em geral apresentando uma disparidade de 10 a 20 anos (McGrath et al., 2008; Lungu, Anselmo, Letourneau, Mendrek, Stip, Lipp, Lalonde, Bentaleb & Stip, 2013; Tiihonen, Lönnqvist, Wahlbeck, Klaukka, Niskanen, Tanskanen & Haukka, 2009).

O risco de suicídio é maior na esquizofrenia do que na população em geral em cerca de 4 a 10%, mas a maior causa de morte prematura são as causas naturais, nomeadamente as doenças cardiovasculares (Brown, Barraclough & Inskip, 2000; Gómez-Durán, Martín-Fumadó & Hurtado-Ruiz, 2012; Kraemer, Minarzyk, Forst, Kopf, Hundemer, 2011; Laursen, Munk-Olsen & Gasse, 2011; Lungu et al. 2013).

Em Portugal existem cerca de 100 mil indivíduos com esquizofrenia, ou seja aproximadamente 1% da população nacional, números que seguem a mesma tendência a nível mundial (DGS, 2012).

A Perturbação Bipolar I era descrita como sendo uma patologia maníaco-depressiva ou psicose afetiva, no entanto nem a psicose, nem a existência de Episódio Depressivo Major são considerados requisitos necessários para o diagnóstico de Perturbação Bipolar I (APA, 2014; Severus & Bauer, 2013).

Caracteriza-se por oscilações ou mudanças cíclicas de humor persistentemente elevado, expansivo, baixa tolerância á frustração e aumento da energia circunscrita por sentimentos de onipotência e grandiosidade, fuga de ideias, intensa agitação e atividade motora, dificuldades acentuadas na concentração e na atenção, perturbação do sono, entre outros sintomas (Parker, Graham, Hadzi-Pavlovic, McCraw, Hong & Friend, 2013).

Outros episódios podem surgir, tais como o Episódio Hipomaniaco, que se assemelha à mania, contudo as manifestações representativas de euforia da mania são geralmente substituídas por manifestações de irritabilidade, ou o Episódio Depressivo Major, caracterizado por sintomatologia depressiva, culpa excessiva, perda de interesse nas atividades, sentimentos de impotência e desespero, fadiga, dores no corpo, entre outros sintomas que interferem significativamente no cotidiano do indivíduo (NIMH, 2012).

Para se obter o diagnóstico de Perturbação Bipolar II é necessária a experiência prévia de pelo menos um Episódio Depressivo Major e pelo menos um Episódio Hipomaniaco. Atualmente a primeira condição não é entendida como sendo menos severa que a segunda condição, uma vez que é despendido muito tempo pelos indivíduos em períodos depressivos e a sua instabilidade provoca incompatibilização social e ocupacional, comprometendo a vida cotidiana dos mesmos (APA, 2014; Severus & Bauer, 2013).

A perturbação Bipolar afeta de igual modo homens e mulheres, surge frequentemente no início da idade adulta, sendo que o primeiro episódio ocorre antes dos 30 anos (Kroon, Wohlfarth, Dieleman, Sutterland, Storosum, Denys, de Haan & Sturkenboom, 2013) e tem uma prevalência de cerca de 1% a 4% na população geral (Dols, Kupka, Lammeren, Beekman, Sajatovic E Stek, 2013; Merikangas, Jin, He, Kessler, Lee, Sampson, Viana, Andrade, Hu, Karam, Ladea, Mora, Browne, Ono, Posada-Villa, Sagar & Zarkov, 2011).

2.10. Reabilitação Psicossocial

A reabilitação psicossocial permite que a pessoa com doença mental possa adquirir um nível de funcionamento independente na comunidade, sendo por isso crucial a criação de redes de suporte social que possam apoiar as competências necessárias de forma a promover a autonomia, o *recovery* e o *empowerment* (OMS, 2001; Ornelas, 2008). O *recovery* foca-se essencialmente nos recursos e competências para a construção de um papel significativo na sociedade e na vida pessoal do indivíduo com doença mental tendo em conta as suas próprias experiências, as suas necessidades, objetivos e expectativas, mas acima de tudo o seu percurso na recuperação (Carpenter-Song, Hipokito & Whitley, 2012; Crowe, Deane, Oades, Caputi & Morland, 2006).

O *empowerment* pode ser definido como um processo no qual o indivíduo com doença mental tem oportunidade de controlar e ter influência sobre as decisões que afetam a sua vida, contribuindo desta forma para a perceção do sentido de identidade e de

pertença. O indivíduo toma consciência dos recursos que possam potencializar ou impedir que os seus objetivos sejam cumpridos tendo por isso uma participação ativa em todos os elementos de tomada de decisão quanto à sua integração na comunidade e à manutenção da sua qualidade de vida (Ornelas, 2008; Zimmerman, 2000).

A intervenção em contexto comunitário mobiliza um conjunto de conceitos que fortalecem a prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátricos. Nas situações de doença mental moderada a grave adotam uma complexidade que põe em causa uma adaptação de respostas de carácter holístico e integrado ao observar o indivíduo nos seus múltiplos sistemas (Atterbury, 2014; Ornelas, 2008).

A reabilitação psicossocial visa o processo de manutenção e desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes, potencializando as capacidades cognitivas e funcionais na aquisição de competências para o autocuidado, nas atividades de vida diária, no relacionamento interpessoal e integração sócio ocupacional, profissional e comunitária (Guterres, 2002; Ornelas, 2008).

A independência da pessoa com doença mental, a diminuição do estigma e da discriminação, o aperfeiçoamento das competências sociais individuais e o desenvolvimento de um sistema de apoio social, são fatores essenciais para a reabilitação psicossocial (OMS, 2001), contudo é fundamental apelar à comunidade para uma redução do estigma e do preconceito social e promover a inclusão da pessoa com doença mental na sociedade (Guterres, 2002).

2.11. Avaliação psicológica

A avaliação psicológica tem como principais objetivos a definição de um diagnóstico quer sindromático ou sintomático e as especificidades psicológicas do indivíduo, tendo por base a recolha dos dados necessários para a elaboração de um diagnóstico através da anamnese e na aplicação de testes psicológicos que permitam avaliar os diferentes aspetos da atividade psíquica do indivíduo (quanto ao nível cognitivo, emocional e ao nível da personalidade) (Cunha, 2003). No processo de escolha dos testes de avaliação psicológica do indivíduo, dever-se-á ter em conta que os testes psicológicos funcionam apenas como uma ferramenta de apoio para que o profissional possa atribuir um diagnóstico e desenvolver um plano terapêutico de ajuda (Sobral, 2006).

No local de estágio, o trabalho de avaliação psicológica implicou a aplicação, a cotação e a interpretação dos resultados obtidos na avaliação dos utentes. Para o efeito foram aplicadas as seguintes medidas:

O Mini Mental State Examination (MMSE de Folstein et al. em 1975, tradução e adaptação portuguesa por Guerreiro e colabs., 1994) é uma medida objetiva e breve que avalia de forma estruturada algumas funções cognitivas tais como: a orientação temporal e espacial, memória de retenção e evocação, atenção e cálculo, atividades ligadas a linguagem e praxia construtiva bidimensional. No total são 30 itens, com pontuação de 0 e 1. Para a identificação de demência o ponto de corte considerado para a população portuguesa atual é de 22 para literacia de 0 a 2 anos, 24 para literacia de 3 a 6 anos e 27 para literacia igual ou superior a 7 anos (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009). O MMSE não determina um diagnóstico demencial mas com a aplicação de outras provas de rastreio permite identificar a possibilidade de um declínio cognitivo (Spar & La Rue, 2005).

O Questionário de Análise Clínica (CAQ de Krug em 1980, tradução e adaptação portuguesa por Barros, 1995) avalia 12 variáveis da personalidade: hipocondria, depressão suicida, agitação, depressão ansiosa, depressão baixa-energia, culpabilidade-ressentimento, apatia, paranoia, psicopatia, esquizofrenia, psicastenia e desajuste psicológico, sendo que algumas destas escalas apresentam elevadas correlações com as escalas do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2 de Hathaway e Mckinley em 1940, adaptação experimental portuguesa por Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006). Permite medir simultaneamente traços normais e patológicos, sendo possível obter os resultados individuais por dimensão, assim como um perfil completo e através de uma análise combinada das escalas organizar os resultados obtidos em fatores de segunda ordem, tais como: Ansiedade, Extroversão, Independência, Socialização e Depressão (Boyle, Matthews & Saklofske, 2008).

A Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (WAIS-III de Wechsler em 1997, adaptada para população portuguesa por Rocha, Ferreira, Barrete, Moreira & Machado, 2008) permite uma análise extensiva do funcionamento intelectual de indivíduos adultos, pode ser utilizada em diagnósticos de deficiência mental, sobredotação e perda de eficiência com a idade, assim como no diagnóstico diferencial de perturbações neurológicas e psiquiátricas que possam afetar o funcionamento mental. Trata-se de uma prova muito utilizada na avaliação neuropsicológica, uma vez que comporta um conjunto de subtestes e um distinto leque de áreas avaliadas (Cunha, 2003; Kolb & Whishaw, 2003).

No contexto da reabilitação psicossocial foi aplicado o instrumento para a avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL- Bref-

Portugal) constituído por 26 itens e que integra quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente que permitem uma avaliação subjetiva da qualidade de vida e diferencia a população saudável da população com distúrbios psicológicos e físicos, assim como a faceta geral da qualidade de vida. As perguntas que constituem o instrumento estão estruturadas em escalas de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho & Carona, 2007; Veloso, Gouveia & Dinis, 2011).

Ainda no contexto da reabilitação psicossocial, foi aplicado o Mental Health Recovery Measure (MHRM de Young e Bullock, 2003), cuja versão portuguesa se encontra em validação, trata-se de uma medida composta por 30 itens numa escala de *Likert* de cinco pontos, onde um corresponde a “discordo totalmente” e cinco corresponde a “concordo totalmente” desenvolvida com base numa análise *grounded theory* de informação fornecida por indivíduos com doença mental severa e persistente, acerca da sua perceção da experiência de *recovery*. Com uma pontuação direta, em que pontuações superiores representam uma maior perceção intraindividual de *recovery* (Ozbey, 2012). Composta por oito domínios conceptuais, constituintes das dimensões do mesmo, definidos como: superar a estagnação (itens 1,2,3 e 4); *self empowerment* (itens 5, 6, 7 e 8); aprendizagem e auto-redefinição (itens 9,10,11 e 12); funcionamento básico (itens 13,14,15 e 16); bem-estar geral (itens 17,18,19 e 20); espiritualidade (Itens 25 e 26); novos potenciais (itens 21, 22, 23 e 24) e qualidade de vida (itens 27, 28, 29 e 30) (Ozbey, 2012).

Tendo em conta versão original do teste, verifica-se que em termos psicométricos tem uma boa consistência interna, com um *alpha de chronbach* de 0.93. Quanto ao nível do teste *re-teste* este apresenta igualmente bons resultados, com uma correlação de *Pearson* de 0.92. Contudo não existem diferenças estatisticamente significativas, entre grupos étnicos, quando consideradas as pontuações totais da medida (Young & Bullock, 2003).

2.12. Relação de Ajuda

Para que haja uma relação de ajuda é necessário estabelecer a comunicação entre dois intervenientes (terapeuta e cliente), sendo que o sentido de ajuda situa-se no “aqui e agora” da comunicação do outro e têm como objetivo facilitador a compreensão e o relacionamento empático através do estímulo mútuo pela adesão integral aos recursos acordados (na aliança terapêutica) e o estabelecimento um acordo entre ambas as partes ao iniciar a relação terapêutica (Lopes, 2006).

Na relação terapêutica procura-se criar um clima facilitador interpessoal que permita o funcionamento pleno da tendência atualizante na perspectiva de superar os obstáculos que inicialmente conduzem à distorção dos seus efeitos. Assim sendo, o clima facilitador é desenvolvido através de determinadas condições como a congruência, a aceitação positiva incondicional e a compreensão empática, estas condições por sua vez são transferidas pelo psicoterapeuta para a relação terapêutica através da sua autoconsciência e honestidade, procurando restabelecer o equilíbrio para a diminuição do sofrimento psíquico e consequentemente o aumento da tendência atualizante, sendo que esta é teorizada como a capacidade inata de cada ser humano para o desenvolvimento pleno das suas potencialidades (Hipólito, 2011; Narknisorn, 2012; Nichols, 2014, Rogers, 2007).

Entende-se por congruência o estado de coerência interna e de autenticidade da pessoa, refletindo a sua capacidade de aceitar as experiências e de ser autêntico na relação com o outro. O psicoterapeuta procura revelar as suas qualidades positivas e a sua autenticidade de forma a estabelecer com o indivíduo uma relação de confiança e sinceridade, promovendo no indivíduo uma maior abertura à experiência e uma diminuição da defensibilidade (Hipólito, 2011; Narknisorn, 2012).

A aceitação positiva incondicional tem por base o potencial interno humano no qual é manifesta a aceitação incondicional da pessoa, aceitando-a sem nenhuma atitude moralista ou judicativa, procurando-a compreender considerando as suas capacidades e potencialidades para a sua realização e reconhecendo o seu valor pessoal. Na relação terapêutica, o indivíduo é livre de manifestar as suas próprias experiências da maneira que achar mais adequada ao seu ritmo e não como pensa ser mais conveniente para o psicoterapeuta, não tendo por isso que abdicar das suas convicções (Hipólito, 2011; Narknisorn, 2012).

A compreensão empática passa pela capacidade do psicoterapeuta compreender o mundo subjetivo numa perspectiva fenomenológica e os sentimentos do indivíduo colocando-se no seu lugar sem contudo perder a qualidade “como se”, o que permite que o psicoterapeuta possa responder de forma empática ao colocar em palavras os sentimentos do indivíduo. O papel do psicoterapeuta passa por incentivar o indivíduo a aproximar-se de si mesmo, permitindo que este possa experienciar de uma forma mais intensa os seus sentimentos, contribuindo para que o indivíduo reconheça e solucione a incongruência existente dentro de si (Hipólito, 2011; Narknisorn, 2012).

Uma vez presentes na relação terapêutica, estas condições facilitadoras funcionam como incitador da mudança e vão permitir que o cliente entre num processo de aceitação dos seus sentimentos e das suas experiências, fazendo com que passe por um processo de descoberta ou redescoberta da autoestima, autoconfiança e da maturação emocional promovendo uma maior perceção de si mesmo e dos seus objetivos reais, contribuindo desta forma para uma maior aceitação dos outros e consequentemente a dissolução das condições de valor (Rogers, 2007).

2.13. Acompanhamento Psicológico

No envelhecimento dão-se alterações a vários níveis e nesta fase o idoso faz o “balanço” da sua vida e conclui que alcançou grande parte dos seus objetivos, contudo sofreu igualmente grandes perdas, sendo a saúde um dos aspetos mais afetados. Estas perdas podem conduzir a sentimentos de inutilidade, de ansiedade, revolta e consequentemente à rutura de relações pessoais e ao isolamento social (Bozo, Toksabay & Kurum, 2009). Todas estas vicissitudes requerem um esforço por parte do indivíduo para ultrapassar os obstáculos da sua vida da melhor forma possível e para que tal suceda, por vezes é necessário recorrer a ajuda especializada de um psicólogo ou mesmo de um psiquiatra. Aqui o psicólogo com base em competências terapêuticas, como a escuta ativa, a empatia e a reflexão, irá procurar compreender o cliente e a situação em que este se encontra, estabelecendo com o mesmo uma relação terapêutica e de ajuda (Trindade & Teixeira, 2000).

O acompanhamento psicológico vem por este meio auxiliar o cliente a tomar consciência de si próprio e do meio envolvente, no sentido de estimular e aperfeiçoar a sua capacidade para lidar com situações difíceis e promover o seu autoconhecimento (Cormac & Mace, 2008; Wilber, 2007). Trata-se de uma dinâmica de natureza colaborativa entre cliente e o psicólogo, sendo descrito como um processo multidimensional que abrange uma grande diversidade de modelos psicoterapêuticos mas com fatores comuns (Cordioli, 2008).

2.14. Modelos Teóricos de Intervenção

2.14.1. Modelo Biopsicossocial

Este modelo propõe uma expansão do modelo biomédico incorporando fatores biológicos (aspetos anátomo-fisiológicos e bioquímicos), psicológicos (aspetos

cognitivos e emocionais relacionados com as experiências percetuais da história individual do indivíduo) e sociais (as relações que são estabelecidas com a família e com o meio social, as normas sociais, adequação do comportamento social, os valores sociais, entre outros), que por sua vez se inter-relacionam (Dogar, 2007).

A saúde e a doença são entendidas como condições em constante equilíbrio dinâmico sob influência da articulação destes fatores e respectivas interações, sendo que o estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção dos estados de doença devem exercer contributos sobre os referidos fatores. O indivíduo é definido como um todo ao nível biológico, psicológico e sociocultural, assim sendo torna-se crucial reconhecer a importância dos sintomas, dos sentimentos e dos comportamentos que surgem no contexto da doença, bem como as relações familiares e sociais que o indivíduo estabelece (Dogar, 2007; Maurya, 2009).

2.14.2. Teoria Psicanalítica

A psicanálise constitui a primeira construção teórica estruturada na área psíquica cujo principal foco situa-se tanto ao nível do funcionamento psíquico como ao nível disfuncional e, consequentemente orientada para o tratamento psicoterapêutico pela psicanálise em si ou por outras psicoterapias de caráter psicanalítico (Autiquet, 2002).

Procura explicar as reações da idade adulta que resultam das decorrências psicológicas nos primeiros anos de vida realçando possíveis traumatismos afetivos reais ou imaginários, salientando a pulsão sexual ou libido que poderá não ter qualquer tipo de relação com o que definimos como vida sexual ou sexualidade (Autiquet, 2002).

As diferentes fases do desenvolvimento sexual do indivíduo iniciam-se desde os primeiros anos de vida e com elas surgem necessidades que exigem ser satisfeitas. A satisfação destas necessidades refletir-se-ão num funcionamento harmónico da personalidade adulta ou mesmo a ausência de qualquer perturbação psicológica. Consequentemente se estas necessidades não forem satisfeitas em determinado estágio, podem surgir perturbações psicológicas como resultado de fixações ou regressões da sexualidade. Esta teorização é composta ainda por três níveis estruturais que compõem a personalidade e são definidos como *Id* (constituído pelas pulsões, instintos, impulsos orgânicos e desejos inconscientes), o *Ego* (procura o equilíbrio entre os desejos do *Id* e a realidade e posteriormente entre os desejos do *Id* e as exigências do *Superego*) e o *Superego* (representa a parte moral da mente humana e os valores da sociedade). A função do *Ego* é tentar harmonizar a ação do *Id*, do mundo exterior e do superego, para tal o

indivíduo poderá recorrer a mecanismos de defesa subjacentes ao aparecimento de sintomas (Spadone, 2007).

Ao nível patológico, quando os mecanismos de defesa não são suficientes, surge a neurose que coloca como mecanismo de defesa principal o recalque, rejeitando os conteúdos para o inconsciente, dos sentimentos ou de pulsões inaceitáveis, resultando num conflito intrapsíquico entre o *Id* e o *Ego*, assim como entre o *Ego* e o *Superego*. Por sua vez, a psicose assenta particularmente no mecanismo de projeção, refletindo a atribuição externa de conteúdos do indivíduo, o que representa um conflito entre o *Ego* e o mundo exterior (Spadone, 2007).

2.14.3. Teoria Cognitivo-Comportamental

As teorias de caráter cognitivo e comportamental denominam-se assim por integrarem conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais que assentam em princípios básicos cognitivistas e comportamentalistas. Sendo que o princípio cognitivista apresenta a cognição como principal mediador entre a ocorrência e a reação emocional despoletada no indivíduo em oposição à relação direta através do senso-comum. Por sua vez, o princípio comportamental abarca o comportamento como elemento fundamental para a manutenção ou alteração dos estados psicológicos (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2014).

Esta teorização tem em conta o rigor científico dos dados e respetivos tratamentos, encontra-se notoriamente associada a uma perspetiva nomotética contrastando com o conhecimento consequente da prática clínica, assim sendo, centra-se no problema atual e na correspondente sintomatologia, objetivando o “aqui e agora” e atribuindo pouca relevância à complexidade das origens da causa. É de salientar que conceitos como os níveis de cognição, os pensamentos automáticos negativos, as crenças nucleares e as suposições disfuncionais são elementos cruciais nesta teoria (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2014).

2.14.4. Teoria Sistémica

Na aplicação da psicologia assume-se que as propriedades da totalidade de um sistema são superiores à soma das propriedades de cada um dos seus constituintes, sendo impossível a compreensão do funcionamento global do indivíduo fora dos contextos em que se insere. O sistema rege-se continuamente por um equilíbrio entre todos os seus constituintes, cuja ação num dos mesmos conduz à ação sobre os restantes. Desta

observação decorre a noção de circularidade, na qual um fenómeno não resulta somente da consequência de outro, mas atua em simultâneo sobre o fenómeno inicial e sobre todos os constituintes do sistema, contestando a noção de causalidade linear (Stanton & Welsh, 2012).

Quanto ao nível patológico, no sistema familiar podemos verificar determinados fenómenos na comunicação entre os seus elementos que numa interação atípica com indivíduos com patologia fazem emergir fenómenos relacionais patogênicos, como o “duplo laço” ou “dupla coação” caracterizados pela receção simultânea de duas mensagens antinómicas, uma digital e outra analógica que geram uma situação que impossibilita a escolha entre ambas ou a compreensão do seu sentido oposto (Stanton & Welsh, 2012).

2.14.5. Teorias Humanistas e Abordagem Centrada na Pessoa

As teorias humanistas têm por base o pensamento fenomenológico e existencialista, rejeitando os paradigmas vigentes até então na psicologia que mantinham uma imagem distorcida do ser humano consequente da tentativa de o adaptar ao método científico objetivo que acreditavam estar presente nos paradigmas positivistas e no conhecimento psicanalítico (Colman, 2009).

A Abordagem Centrada na Pessoa é caracterizada como sendo de orientação não-diretiva à qual está subjacente a ideia de que o principal objetivo do terapeuta não é guiar ou influenciar o cliente que solicita ajuda em função daquilo que considera ser o melhor para o mesmo, mas sim ajuda-lo a desenvolver dentro de si a resposta ou a solução que naquele momento considera ser a melhor e a mais coerente com o seu “estar-no-mundo” e que consequentemente possa desenvolver uma base positiva para o crescimento e desenvolvimento da sua personalidade (Bowles, 2012; Hipólito, 2011).

Na perspetiva teórica da Abordagem Centrada na Pessoa assume-se uma visão otimista da pessoa e parte-se do pressuposto de que todos os seres humanos têm capacidades e potencialidades inatas para o desenvolvimento e crescimento pessoal, assim sendo, o indivíduo tem consciência das causas do seu sofrimento psicológico e consegue aceder às condições de que necessita para se auto-organizar e recuperar o seu equilíbrio (Bowles, 2012; Hipólito, 2011; Joseph & Murphy, 2013). A visão de sofrimento psíquico, na teoria humanista, assenta no surgimento de desequilíbrios entre o autoconceito e o *self* real entendido como o seu potencial, assim sendo, a terapia funciona

como um agente promotor da mudança e do reequilíbrio entre a experiência real e a simbolização (Bowles, 2012; Joseph & Murphy, 2013; Nichols, 2014).

II. PARTE – TRABALHO DE ESTÁGIO

3. Atividades Desenvolvidas

No decorrer do estágio foram realizadas diversas atividades que se dividem em três categorias distintas, sendo elas trabalho indireto, trabalho direto e outras atividades, mediante a participação indireta ou direta nas mesmas, isto é, atividades constantes apenas do período de observação nas quais não se intercedeu e atividades nas quais intervimos de modo autónomo. Seguidamente abordaremos as atividades no âmbito do trabalho indireto, trabalho direto e outras atividades, com respetivas reflexões pessoais.

3.1. Trabalho indireto

O trabalho indireto, como anteriormente foi referido, consistiu num processo inicial de observação das diversas atividades nas quais as psicólogas da instituição participavam, das respetivas funções e métodos de atuação, ao mesmo tempo ter o primeiro contato com a realidade e adquirir conhecimento sobre a população em estudo.

No decorrer dos três meses, foram observadas unidades de internamento, bem como as suas realidades, sendo que a estagiária teve presença nas respetivas reuniões de equipa multidisciplinares, nas quais tomou conhecimento do trabalho envolvido, não só ao nível da psicologia, mas também nas restantes áreas técnicas complementares.

Foram realizadas diversas atividades de âmbito formativo ao longo do estágio, que contaram com a presença e a participação das estagiárias. No mês de Outubro, foi realizado um ciclo de conferências enquadrado na “Semana Aberta”, na qual foram apresentadas palestras sobre a esquizofrenia e as suas especificidades. Ainda no âmbito da “Semana Aberta”, a instituição abriu as suas portas a toda a comunidade e familiares para dar a conhecer o trabalho realizado pelas utentes dos vários ateliers da CSI. No Anexo C encontra-se pormenorizadamente o programa da “Semana Aberta”, assim como os Certificados de Participação nas conferências.

Ao longo dos meses de estágio, foi realizado um ciclo de palestras públicas de cariz informal, denominadas “Pensar com sentido”, integradas na comemoração dos 120 anos da CSI e no centenário da morte do seu fundador São Bento Menni, com temas integrados nas áreas de intervenção institucional e na experiência dos profissionais dessas mesmas áreas de intervenção.

Os estagiários puderam ainda participar em algumas sessões científicas e formações, onde eram debatidas questões sobre a atualidade do trabalho em saúde mental e que serviam de suporte para reflexão e análises bioéticas.

3.1.1. Reflexão Pessoal

Considero de extrema importância o processo de observação, uma vez que numa primeira instância permitiu-nos o contacto com a realidade em estudo. Este período de observação permitiu desenvolver alguma segurança na intervenção autónoma e na tomada de consciência das especificidades na relação com o outro, tanto com o utente como com os profissionais das áreas técnicas de intervenção, assim como permitiu desenvolver o respeito pelos princípios éticos e valores institucionais.

É de referir também a importância da participação em reuniões de equipa multidisciplinar, nas quais considero ser de cariz fundamental para o processo de aprendizagem, uma vez que é considerado um espaço onde culminam os diferentes pontos de vista dos técnicos e são tomadas decisões sobre a direção do plano terapêutico, sendo por isso um aspeto essencial para a compreensão do caso.

Quanto às ações de formação, estas foram de extrema relevância, uma vez que permitiu ter conhecimento acerca das especificidades de cada área de intervenção e respetiva população, tendo em conta a experiência profissional e vivências de cada técnico na instituição, bem como ter em primeira mão os relatos pessoais das vivências de alguns dos utentes.

3.2. Trabalho direto

No decorrer do estágio foi realizado um acompanhamento, da unidade 9 da Psicogeratria, todas as quintas-feiras, durante oito sessões, com o principal objetivo de diminuir a sintomatologia depressiva e ansiosa. O Mini Mental State Examination (MMSE) foi aplicado nas unidades 8 e 9, como meio de rastreio da evolução do declínio cognitivo dos utentes.

Foi realizado o acompanhamento de uma das residências constituintes do Projecto “Laço Verde” em âmbito comunitário e semanalmente, num total de 23 sessões. Contava com a presença das seis utentes da residência e tinha como principal objetivo acompanhar as ocorrências do quotidiano das utentes e promover diversas competências relacionadas com o *recovery* e o *empowerment* e o ganho de autonomia.

Nas primeiras sessões realizadas, procurou-se efetuar uma análise dos potenciais e das dificuldades das utentes da residência. Estas sessões iniciais foram fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica e para a adesão às dinâmicas de grupo e dos objetivos propostos ao longo das sessões. Estas dinâmicas de grupo tinham como principal objetivo a promoção e coesão do grupo, na comunicação, na autoconsciência de

si e na assertividade. A análise dos potenciais e das dificuldades das utentes terá sido realizada em todas as sessões e reajustada mediante os objetivos gerais da intervenção.

A compilação das dinâmicas, seus objetivos gerais e específicos e reflexão da intervenção, assim como a caracterização dos elementos constituintes da residência encontram-se explanados no Anexo D.

Foram ainda acompanhadas através de reuniões comunitárias, catorze utentes que constituem a “Residência Sol”, projeto interno residencial da CSI da área da reabilitação psicossocial de indivíduos com deficiência intelectual e/ou com duplo diagnóstico, tendo sido realizadas autonomamente quatro sessões. Neste relatório foi ainda realizada uma avaliação psicológica a uma utente integrada no projeto de reabilitação psicossocial “Casa das Flores”.

Quanto às reuniões clínicas, o serviço de psicologia da CSI reúne-se com os estagiários quinzenalmente e são discutidos os casos que cada estagiário acompanha, é feito um resumo do trabalho desenvolvido, são esclarecidas dúvidas e agendadas atividades para a semana seguinte. As reuniões de equipa da unidade 8 e 9 são realizadas mensalmente e nelas são discutidos alguns casos, revistos os planos de intervenção e agendadas intervenções com os membros de cada área de intervenção. Nesta reunião estão presentes a Psicologia, a Psiquiatria, a Enfermagem, a Assistência Social, a Irmã responsável das unidades, a Terapia Ocupacional e os Estagiários.

A equipa do Projeto Laço Verde reúne-se semanalmente, com presença da Psicologia, Enfermagem, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Coordenadora responsável das residências e os Estagiários. Nestas reuniões são discutidos alguns casos e são expostos eventuais problemas de gestão das residências do projeto.

3.2.1. Reflexão Pessoal

Realizar o planeamento das sessões das dinâmicas de grupo do Projeto “Laço Verde” revelou alguma dificuldade pela necessidade de desenvolver atividades que fossem do interesse e motivassem as utentes, mas que colmassem as necessidades das mesmas. Foi necessária muita pesquisa e tempo para a preparação das sessões, uma vez que foi essencial recolher materiais para a realização das mesmas.

A intervenção teve por base uma mediação apoiada na relação de ajuda, sendo por vezes necessário apelar para a compreensão e respeito pelas características, em particular as crenças, o estado mental e físico entre as utentes. Tendo em conta estas especificidades, de modo geral as sessões decorreram de forma positiva, com adesão de todas as utentes e

uma melhoria significativa no relacionamento interpessoal, tendo-se verificado ao longo das sessões uma maior aceitação e respeito entre as mesmas, bem como uma maior coesão no grupo.

Quanto às reuniões clínicas, os estagiários intercediam nas reuniões, apenas quando solicitados pela equipa de intervenção, com informações clínicas e sugestões que pudessem reforçar o trabalho da equipa. Considero que estas intervenções eram pertinentes e permitiam obter mais informações clínicas sobre os casos e elaborar estratégias de intervenção adequadas, bem como permitiam aprofundar os conhecimentos relacionados com a população em estudo.

3.3. Outras atividades

Realizou-se um passeio a Belém (Lisboa) com as utentes de uma das residências do Projeto “Laço Verde”, acompanhadas por estagiárias de Psicologia e de Terapia Ocupacional, inerente ao plano anual de atividades do projeto.

No âmbito do trabalho com a equipa da reabilitação psicossocial e inerente ao Projeto “Laço Verde”, realizou-se um trabalho de investigação acerca dos níveis de *recovery* das utentes do projeto, cujos resultados são apresentados no Anexo E deste relatório.

A sua realização deu-se com a parceria de uma outra estagiária de Psicologia Clínica e efetuou-se através da aplicação de uma medida, o Mental Health Recovery Measure (MHRM), às 24 utentes integradas no Projeto “Laço Verde”. Simultaneamente, procedeu-se à construção de uma base de dados demográficos, recorrendo-se aos processos clínicos das utentes na instituição. Através desta recolha, pudemos efetuar uma caracterização mais sistematizada e completa das utentes, constante no trabalho e facilitadora do trabalho da equipa de intervenção multidisciplinar. Foram analisados igualmente os valores médios totais da medida, as respetivas dimensões e correlações existentes entre elas.

3.3.1. Reflexão Pessoal

A realização de atividades fora do contexto institucional permitiu interagir com as utentes num contexto diferente ao do quotidiano das mesmas, e da mesma forma contribuiu para a mudança na rotina das utentes e abstração da mesma. É importante referir a importância destas atividades na vida das utentes, que uma vez

institucionalizadas o seu quotidiano reflete-se muitas vezes numa rotina e isso devesse em grande parte às problemáticas e limitações das mesmas.

3.4. Apresentação de Casos Clínicos

3.4.1. Caso Clínico A

3.4.1.1. História Clínica

A utente, aqui denominada de Isabel Marques, nasceu a 7 de Abril de 1922, tendo atualmente 93 anos, é viúva. Encontra-se em regime de internamento desde 5 de Julho de 2006 tendo sido transferida de um lar de idosos em Pernes, Santarém. Foram registados antecedentes de vários internamentos no Hospital Júlio de Matos, atual Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, por Perturbação Depressiva Major, com sintomatologia psicótica de conteúdo persecutório. A utente era acompanhada com alguma regularidade no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Analisando as suas informações processuais, psicológicas e psiquiátricas, a sua história clínica e as sessões de acompanhamento realizadas, e em conformidade com o diagnóstico do internamento, a utente tem uma Perturbação Depressiva Major, Episódio Recorrente, não Especificada, que de acordo com os critérios do DSM-V podemos denotar na utente, humor depressivo persistente ao longo do dia, com manifestações de tristeza, demarcada presença de sentimentos de culpa e acentuada diminuição do interesse por atividades que até então eram prazerosas, revelando pelo menos sete dos nove sintomas possíveis de diagnóstico. O acompanhamento foi justificado pela necessidade de a utente poder ter um momento para expressar as suas problemáticas e assuntos perturbadores, assim como para a redução de pensamentos negativos, dos sentimentos de ansiedade e depressivos, como meio de reforçar a sua autoestima e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento e autonomia.

3.4.1.2. Exame do estado mental

Quanto ao exame do estado mental (Daniel & Gurczynski, 2010), através de uma observação preliminar observou-se que a nível físico a utente aparentava ter idade inferior à real, o vestuário era simples e prático, mostrando cuidados de higiene. Apresentava dificuldades de locomoção, necessitando do auxílio de uma canadiana para se deslocar e tinha hipoacusia.

A nível emocional, a utente manifestava-se ansiosa, por vezes apresentava humor depressivo, com manifestações de choro e revelava poucas perspetivas de vida, refere

uma sobrecarga fundamentalmente associada à pressão exercida pelas filhas, algo que vive com culpabilidade.

Relativamente ao nível cognitivo, tinha um discurso fluido e adequado, mas pouco coerente e com variação contínua na expressão do pensamento (fuga de ideias) e frequentes dismnésias. Na avaliação breve do estado mental (MMSE), datada do ano de 2015, apresenta uma pontuação de 18/30, consonante com a presença de defeito cognitivo, tendo em conta a sua escolaridade (4^a. Classe), sendo referido dificuldades significativas ao nível da orientação espaço-temporal, na evocação e na capacidade grafo-precetiva.

3.4.1.3. História familiar e pessoal

A utente não refere muito acerca da sua história familiar, apenas fala da mãe que era uma senhora doente com esclerose em placas e era dependente nas atividades da vida diária necessitando da ajuda de uma senhora, que vivia com ela. Relata que tinha quatro irmãos, mas não fala sobre eles e menciona uma irmã que a ajudou a cuidar da mãe.

Quanto à sua história pessoal, a utente pouco refere quanto ao seu percurso de desenvolvimento, apenas menciona que gostaria de ter estudado mais, mas que a mãe não a deixou. A utente casa aos 23 anos com um primo direito e vai viver para Lisboa. Tem cinco filhos, dois rapazes e três raparigas, o filho mais velho falece aos 20 anos com leucemia, o outro filho tem esquizofrenia, é casado e tem filhos. Tem duas filhas internadas na CSI com deficiência intelectual e uma outra filha mais nova que é responsável pelos encargos pessoais e financeiros da mãe.

3.4.1.4. Análise reflexiva das sessões

No que diz respeito a sessões individuais de psicologia, foram realizadas oito sessões com uma utente da Unidade 9, durante cerca de dois meses, semanalmente. As sessões decorreram num gabinete da unidade, com duração média de 50 minutos.

Será realizada uma breve transcrição das sessões e análise das mesmas, sendo que a compilação das mesmas encontra-se na íntegra no Anexo F deste relatório.

I Sessão

A primeira sessão começou pelo processo de apresentação, pretendeu-se realizar uma primeira entrevista, de forma a recolher alguma informação sobre a utente e a estabelecer o início da relação terapêutica.

Após o estabelecimento do *setting* terapêutico, a utente começou por referir que vivia com a mãe que tinha esclerose em placas e que esta não a deixou estudar mais, pois só os irmãos é que podiam continuar com os estudos porque um dia viriam a ser chefes de família e que ela como era menina, tinha que ficar em casa. Era catequista na igreja da aldeia e o prior um dia pediu-lhe para ser organista, relata que ficou muito entusiasmada por ir aprender música e que gostou muito.

A utente relata a sua história de vida, de se ter casado aos 23 anos com um primo direito e que tudo modificou quando teve os filhos. Mudou-se para Lisboa, pois o marido, que já faleceu, e um primo dele tinham uma camisaria na Rua do Ouro. Conta que tinha uma vida boa e procurava fazer os filhos felizes, ter uma casa cuidada e esforçava-se muito para que tudo corresse bem, procurava gastar pouco dinheiro apesar de não ter problemas financeiros. Refere que o que mais desejava em rapariga era ser mãe e ficou desgostosa por ter tido filhos doentes, sofreu muito e foi infeliz. Para cuidar dos filhos, procurou um especialista na área em Madrid (Espanha), ia de seis em seis meses e ficavam lá oito dias, entretanto o médico disse-lhe que não valia a pena continuar com os tratamentos, pois não podia fazer mais nada por eles.

II Sessão

Na segunda sessão, a utente continuou a relatar a sua história de vida, referindo que está muito velhinha e cheia de ralações por ter filhos doentes.

Relata de forma emotiva a perda de um filho com 20 anos, com leucemia. Conta que o filho frequentava um colégio especial, era um rapaz alto, bonito e foi muito doloroso perde-lo (demonstra tristeza e chora). Refere que a partir desse momento a sua vida mudou, que tem sofrido muito. Relata que fez os possíveis pelos filhos, procurou uma clínica especializada em Madrid (Espanha) para que fossem tratados e eles eram seguidos também no Hospital da Dona Estefânia. Menciona que não tem interesse em nenhuma atividade, apesar de ter sido uma pessoa muito ativa em nova. Estes relatos integram-se em aspetos teóricos, relacionados com a Perturbação Depressiva Major, como é referido em alguns estudos, nos quais o individuo é dominado por um humor depressivo ou mesmo

por uma perda generalizada de interesse nas atividades que anteriormente eram-lhe prazerosas (Steffens & Potter, 2007).

A utente continua a relatar a sua história de vida, referindo a visita do filho e da neta, dos quais já sentia muitas saudades. Conta que a neta é muito inteligente, é formada e trabalha em Espanha. Conta que o filho também estudou, mas que não quis terminar o curso. Menciona que tem outros netos, que são todos queridos e saudáveis.

Relata uma situação em particular que lhe aconteceu no passado, num dia que vinha do médico com os filhos, chamou-lhe a atenção um estabelecimento que na montra tinha muitos livros e que foi lá que estudou inglês. Refere que o marido nunca pôs entraves para ela estudar. Relata que numa festa o professor de inglês disse ao seu filho que ela era a melhor aluna dele. Para ela, estudar naquele sítio era uma desintoxicação e ali era feliz. Denota-se oscilações na expressão do pensamento, acentuada diminuição da capacidade de concentração e disforia, fatores que também são referidos na literatura quanto à perturbação (Steffens & Potter, 2007).

III Sessão

No início da sessão a utente refere que se sente muito triste, que sofre muito com a falta de saúde das filhas. Refere que fez o seu dever de mãe, que tem tentado cumprir a sua missão. Menciona que tem procurado fazer felizes as filhas e que estas não tem culpa de estarem doentes e que ela pensa que também não tem.

Refere que teve que mudar de casa por causa da mãe que tinha esclerose múltipla, mas que tinha uma senhora que cuidava dela. Volta a mencionar os tratamentos em Madrid (Espanha) das filhas, fala da sua filha Nucha, das suas brincadeiras em criança, de ter procurado mante-la na escola e na ginástica.

Refere que foi através de um amigo que conheceu o consultório em Madrid, pois esse senhor também tinha filhos doentes que eram seguidos por lá. O seu discurso vai sofrendo oscilações, verificando-se a dificuldade de expressar o pensamento e manter uma conversa coerente.

Relata que tirou a carta quando as filhas ainda eram pequenas, a mãe estava muito doente e que isso deu-lhe muito jeito, podia deslocar-se aonde queria. Menciona uma irmã que também tinha muitos filhos e qua a ajudou a cuidar da mãe.

Volta a falar das filhas, referindo que os professores ficavam um ano ou dois com elas e depois diziam que não podiam continuar a ensina-las, mas que isso ela sabia pois também não conseguia fazer nada por elas em casa.

Refere que a cabeça está desorganizada, que se sente pior e não se lembra do que acabou de falar. Estes fatos podem ser justificados tendo em conta que a depressão pode conduzir a um diagnóstico erróneo, na qual a relação entre a perda de autoestima e o sentimento de ineficácia conduzem por vezes a problemas ao nível da concentração e atenção, dificuldades na tomada de decisão e pensamento confuso, assemelhando-se a um quadro demencial (Alaphilippe & Bailly, 2013).

No seguimento da sessão, a utente continua a relatar a sua história de vida referindo uma situação em particular que lhe aconteceu no passado de quando foi a Santarém fazer a prova da quarta classe e que passou com distinção. Menciona uma vez mais o seu desejo de continuar a estudar, mas que a mãe lhe disse que só os irmãos é que podiam continuar.

IV Sessão

Na presente sessão, a utente conta não estar bem, que não consegue dormir, que acorda com frequência a meio da noite e não consegue voltar a adormecer. São frequentes as manifestações somáticas nesta patologia, entre as quais a perturbação do sono, cujos efeitos resultam numa diminuição da qualidade de vida do individuo (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Relata o seu dia de casamento, que foi realizado pelo Prior da aldeia no dia dos seus anos. Mas oscila no discurso, contando sobre quantos filhos a mãe teve e a tia também, retornando ao Prior, à cerimónia do seu casamento, de ter sido catequista e que tocava órgão.

A sessão foi significativamente mais curta que as anteriores, por iniciativa da utente, que apresentava-se confusa e desorganizada, manifestando pensamentos negativos, como podemos verificar ao analisar o seguinte excerto:

“Está tudo desarrumado, eu estou com a cabeça (aponta para a cabeça) desarrumada...só peço ao Senhor que me leve e que me leve com as minhas filhas...É só sofrimento...uma destas noites, estava sem dormir e só rezei “Senhor leva-me a mim e às minhas filhas, se for essa a Tua vontade”.

A ocorrência de pensamentos negativos relacionados com a morte são frequentes nesta faixa etária, mesmo sendo pensamentos involuntários. Estes pensamentos estão muitas vezes relacionados a fatores de anomia, perda de valores, a sentimentos de incapacidade (Alaphilippe & Bailly, 2013).

V Sessão

No início da sessão, a utente referiu que queria ligar para um número de telefone para falar com o chefe dos escuteiros de quem era muito amiga. Conta que durante alguns anos trabalhou numa farmácia em Lisboa que ficava situada por cima do andar dos escuteiros.

Durante a sessão mostrou papeis que trouxe de forma voluntária, com datas significativas para utente. Refere que está desarrumada e não sabe aonde coloca as coisas, como podemos analisar no seguinte excerto:

“Não sei...isso é a desorganização do meu cérebro, tenho aqui muitos papeis com muitos anos, todos os dias penso - vou arranjar um livro – depois esqueço-me completamente...”

No meio dos seus papéis encontra uma oração, que salienta ser muito importante para si e que a faz recordar um passeio que fez pela paróquia ao Vaticano, com o marido e o prior. Conta como decorreu a cerimónia e refere que tem grande estima pelo Papa João Paulo II. Mostrou igualmente cartas escritas pelas filhas e fala delas com ternura. A utente trouxe igualmente algumas fotografias da família, das filhas e dos netos, não falou em particular sobre nenhum deles, mas referiu no final da sessão que eram boas recordações.

VI Sessão

A utente comparece na sessão com um olho e um dos braços magoados, quando questionada, diz não ter caído, que foi a baixar-se que magoou o olho e o braço terá sido as filhas que estiveram com ela e a agrediram para obterem dinheiro.

Apresentava-se ansiosa e irritada, sentando-se e levantando-se constantemente e deambulando pela sala, este estado de ansiedade possivelmente ter-se-á dado devido a uma situação antecedente à sessão, que envolveu uma discussão com outra utente sobre um colar. A utente conta que elevou a voz e terá dito à outra utente, passando a citar, *“Este colar é meu! E se tornas a dizer isso, eu racho-te!”*. A utente acentua que ficou triste por ter dito isso, embora tenha sido para se defender, salientando que tem medo dessa mesma utente. Esta situação terá desencadeado um sentimento autodepreciativo na utente, manifestado pela presença de moralidade interiorizada e culpabilidade, como é possível de ser analisado no seguinte excerto:

“Eu nunca disse isto na minha vida a ninguém...”

“Eu quero ser sempre educada, tento ser sempre...mas desci muito...”.

No decorrer da sessão a utente faz referência a uma outra situação que a tem incomodado, que envolve uma echarpe sua. Conta que limpavam o seu armário e que a echarpe desapareceu, tendo um dia visto uma outra utente a usa-la. A utente crê que deram a sua echarpe à outra utente e que esse gesto foi intencional, não da parte da utente que tem a sua echarpe, mas da parte das auxiliares. Diz que na altura não quis falar, para não criar mau ambiente, mas manifesta-se arrependida por não o ter feito.

Tal comportamento pode ser explicado, pela presença de um padrão de pensamentos distorcidos da realidade associados a crenças falsas com conotação persecutória, fatores que marcam presença na depressão (Alaphilippe & Bailly, 2013).

A utente refere que foi falar com o psiquiatra para lhe receitar algum medicamento que ajudasse a dormir pois tem tido dificuldades em dormir. Não são invulgares os períodos de irritação e agitação na depressão, fatores que contribui para a alteração do sono, redução da energia, diminuição da atividade e cansaço (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Relata que a visita de uma das suas filhas a deixou muito cansada, que necessitou de se deitar. Consequentemente as visitas das filhas deixam a utente perturbada, pois exercem muita pressão para obterem dinheiro e atenção da sua parte. A recusa implica que as filhas sejam agressivas para com a utente, resultando no agravamento do quadro clínico.

VII Sessão

Na presente sessão, a utente refere que nos últimos dias sentia-se desorientada, que não reconhecia o local aonde estava. Menciona que foi cuidada na unidade e que devido ao esforço de todos e dela também, já se sente melhor. Considera que não está como desejava estar, mas que isso talvez se deva à sua idade e aos problemas que tem com as filhas. A utente relata uma situação em particular, que terá decorrido durante a missa. Conta que uma das suas filhas esteve constantemente a pressioná-la para que lhe desse dinheiro e quando se recusou a filha respondeu-lhe com palavrões e agrediu-a. Esta situação fez com que a utente ficasse triste e envergonhada pelo comportamento da filha. Menciona que as visitas das suas filhas a deixam muito cansada, sente que o melhor é afastá-las. A pressão que as filhas exercem sobre a utente, faz com que a mesma evite realizar outras atividades, como por exemplo, assistir a festas realizadas pela instituição.

Não obstante a esta situação, a utente tem consciência de que não é bom para si isolar-se e que deveria participar em eventos sociais.

Conta que ficaria mais descansada se não tivesse que dar dinheiro às filhas, que talvez isso fosse o suficiente para evitar o confronto com elas. Na sessão, menciona que vai pedir ajuda aos enfermeiros em relação ao dinheiro, que isso a faria sentir-se melhor. Conta que irá dar apenas algum dinheiro todos os dias a elas e que vai deixar de andar com dinheiro, para evitar esses confrontos.

VIII Sessão

Na última sessão, a utente referiu a sua dificuldade em concentrar-se em determinadas situações, menciona que esse estado poderá estar relacionado com a sua idade. Conta que tem-se sentido melhor, que crê melhorar mais, anda menos cansada. Refere que compreende as suas limitações e que faz tudo parte do processo de envelhecimento.

Conta que foi à festa organizada pela CSI, mas que as filhas estão sempre a pedir-lhe dinheiro. Verbaliza que não lhes pode fazer a vontade, que enquanto tinha dinheiro achava que dando-lhes o que elas queriam era a única solução que tinha para a deixarem em paz, porém considera que se calhar não era a melhor para elas, pois as filhas habituaram-se a pedir-lhe constantemente dinheiro.

Menciona que agora deixa o dinheiro ao cuidado dos enfermeiros, que sempre que necessita, basta pedir-lhes. Refere que estava preocupada em ter sempre moedas para dar às filhas, pois é só isso que lhes quer dar por dia, mas que o enfermeiro a tranquilizou ao dizer que as moedas nunca lhe faltariam.

Relata um acontecimento da noite anterior, na qual uma utente terá acordado todas as utentes da unidade, devido à sua agitação. Conta que viu duas enfermeiras a pôr uma faixa na outra utente, para que esta não caísse. Quando questionada se a situação a perturbou, a utente refere que não, que são coisas que fazem parte da vida e muda de assunto, porém refere que é bem cuidada na instituição e que tem confiança nos cuidados.

Conta que se sente mal quando tem que pedir aos enfermeiros para afastar as suas filhas, que sentiu que não valia a pena ser mãe das suas filhas, tem perceção de que elas a prejudicam no entanto tem dificuldades em manter afastadas as filhas. Esta ambivalência entre cuidar e dar atenção às filhas e afasta-las porque sente que elas prejudicam a sua saúde, exacerbam os sintomas depressivos e ansiosos, bem como as manifestações somáticas da utente.

Para enfrentar situações de *stress*, as pessoas idosas tendem a adotar estratégias de *coping* orientadas pela emoção para a resolução de problemas emergentes, sendo que estas são particularmente passivas e surgem para controlar sentimentos angustiantes (Spar & La Rue, 2005).

No final da sessão, a utente faz referência à ajuda que teve das sessões de acompanhamento, que a ajudaram muito e que se sente melhor.

Tendo em conta o presente caso considera-se pertinente a continuação das sessões de acompanhamento de modo a dar apoio à compreensão das problemáticas que se fazem sentir, bem como, sessões semanais de estimulação cognitiva com o propósito de trabalhar as dificuldades ao nível da orientação espaço-temporal, evocação e da capacidade mnésica.

3.4.1.5. Reflexão Pessoal

Tendo em conta o apego que a utente foi desenvolvendo por mim, fez com que o término do processo de acompanhamento fosse difícil, devido ao fato de a utente me ver como alguém em quem podia confiar e falar abertamente. Tive algum receio que se criasse uma relação de dependência durante o processo, devido à cumplicidade que se foi estabelecendo entre mim e a utente.

O sofrimento sentido e demonstrado pela utente em determinadas alturas, ressoou significativamente em mim, contudo procurei assegurar a congruência interna e manter o cumprimento das condições essenciais particularmente a empatia, dando tempo e espaço para a utente expressar as suas problemáticas. Ao longo do tempo foi estabelecida uma relação empática entre mim e a utente e creio que isso fez com que a utente se sentisse apoiada e compreendida. Porém estabelecer uma relação de empatia com um cliente, colocar-se no seu lugar e ser sensível às suas vivências, não é um processo fácil, tendo em conta que se poderá compenetrar em demasia no seu mundo pessoal e colocar em risco o processo terapêutico.

3.4.2. Caso Clínico B

3.4.2.1. História Clínica

A utente, doravante denominada Sandra Gomes, nasceu a 21 de Dezembro de 1995, tendo atualmente 19 anos, é solteira, natural de Beja e frequentou o décimo ano de escolaridade. Encontra-se em regime de internamento desde 16 de Junho de 2014, tendo

vindo transferida das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria, aonde se encontrava institucionalizada desde os seus oito anos.

O seu diagnóstico foi referido como “atraso desenvolvimento e pontualmente faz episódio psicótico com acentuada disrupção do comportamento”, que tendo em conta a informação processual, psicológica e psiquiatria, determina que a utente tem Deficiência Intelectual concomitante a uma Perturbação da Personalidade Dependente, que segundo os critérios de diagnóstico para estas perturbações no DSM-5, denota-se um défice nas funções intelectuais ao nível do raciocínio, na resolução de problemas e na capacidade de julgamento, bem como um défice nas funções adaptativas, ao nível da interação interpessoal e na comunicação.

No que concerne a Perturbação da Personalidade Dependente, salienta-se um padrão persistente de comportamento submisso, ao nível relacional e afetivo, pautado por uma necessidade excessiva em obter o cuidado de outros e demarcada preocupação irreal de perder o apoio ou aprovação, revelando pelo menos seis, dos oito sintomas possíveis.

Relativamente aos seus progenitores, a utente terá sido retirada ao pai pelo serviço social por negligência, quando a mãe faleceu. Tem dois irmãos, um a viver no estrangeiro, é toxicodependente e outro irmão com deficiência intelectual a viver no Algarve numa instituição. A sua vida profissional foi sendo marcada pela mudança frequente de local de trabalho e de funções, tendo trabalhado como cabeleireira e esteticista. Considerou-se pertinente realizar uma avaliação psicológica de modo a obter uma avaliação completa das características do estado cognitivo e da personalidade da utente, bem como para delinear os objetivos e plano de intervenção.

3.4.2.2. História familiar e pessoal

Ao nível familiar, a utente pouco refere acerca da sua história familiar, apenas que tem dois irmãos, um encontra-se a viver no estrangeiro e outro no Algarve. Um dos irmãos por vezes vem visita-la. Conta que já não tem pais, a mãe faleceu devido à diabetes e o pai faleceu com pneumonia tinha ela 10 anos. O pai era coveiro no cemitério local e a mãe era doméstica. A nível pessoal, refere a sua preferência sexual e a relação amorosa que estabelece com uma utente de outra unidade, relação essa que parece ter uma conotação dependente e um carácter relativamente promíscuo.

3.4.2.3. Exame do estado mental

Relativamente ao exame do estado mental (Daniel & Gurczynski, 2010), observou-se que a nível físico a utente aparentava ter idade inferior à real, o vestuário era simples e mostrava cuidados de higiene. A nível emocional, a utente revelava-se pouco disponível, ansiosa, pouco tolerante à frustração, tendo adotado uma atitude de oposição. Relativamente ao nível cognitivo, apresentava um discurso coerente e simples mas de conteúdo pobre.

3.4.2.4. Processo de avaliação psicológica

Com o objetivo de elaborar um plano de intervenção psicológica adequado ao funcionamento global da utente, realizou-se um processo de avaliação psicológica a fim de compreender o funcionamento intelectual e ao nível da personalidade. As provas que foram utilizadas para a realização da avaliação psicológica encontram-se no Anexo G deste relatório.

A aplicação do CAQ (Questionário de Avaliação Clínica) permitiu tomar conhecimento das suas características de personalidade, procurando compreender melhor o seu funcionamento enquanto pessoa singular. A aplicação posterior da WAIS-III teve como objetivo a avaliação concisa do estado cognitivo da utente, tomando conhecimento das áreas de maior facilidade e maior dificuldade.

Considerou-se importante aplicar em primeiro lugar a prova de personalidade, seguida da prova de cariz cognitivo, com o objetivo de evitar uma influência negativa nos resultados da prova de avaliação cognitiva, pelo possível surgimento de sentimentos relacionados com a frustração e desvalorização que deturpassem os resultados destas mesmas provas, caso a ordem de aplicação fosse invertida.

A aplicação da WAIS-III foi deixada para o final da avaliação, devido à extensão da prova e sua morosidade de aplicação. O CAQ surgiu como alternativa ao MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), tendo apenas 144 itens em comparação com os 567 itens do MMPI, sendo assim uma prova de fácil aplicação tendo em conta as limitações presentes da utente. Os resultados obtidos nos diferentes testes psicológicos aplicados à utente são ilustrados no Quadro 4.

Quadro 5- *Resultados da Avaliação Psicológica – Sandra Gomes*

Data de aplicação	Instrumentos de Avaliação	Resultados
04.06.15	CAQ	Dimensões com pontuação elevada: Hipocondria, Culpabilidade-Ressentimento. Dimensão com pontuação baixa: Desvio Psicopático
26.06.15 29.06.15	WAIS-III	Q.I abaixo da média Maior facilidade nas tarefas verbais do que nas de realização Escala Verbal: • Melhor desempenho: Semelhanças • Dificuldades: Aritmética e Informação Escala de Realização: • Melhor desempenho: Complemento de Gravuras • Dificuldades: Código-Codificação e Pesquisa de Símbolos

3.4.2.5. Análise dos resultados

Analizando os resultados do CAQ as dimensões com pontuação mais elevada foram a escala de Hipocondria e escala de Culpabilidade-Ressentimento. A primeira indicia que a utente poderá ter uma elevada preocupação com a sua saúde e com o funcionamento do seu corpo, podendo manifestar queixas e inquietações sem razão aparente. Pode ainda estar associada a sentimentos de infelicidade e/ou pessimismo sobre si própria. Sobre a escala de Culpabilidade-Ressentimento esta indicia uma forma autocrítica e existência de sentimentos de culpabilidade. A sua insegurança pode resultar não apenas da baixa autoestima mas de um profundo sentido de culpa e ressentimento, que por sua vez conduzem a sentimentos de inutilidade e impotência.

A escala com pontuação mais baixa foi Desvio Psicopático, que indicia que se trata de uma pessoa muito inibida, que pondera excessivamente os riscos que corre e é pouco impulsiva, tende a respeitar as normas mas com sentido de obrigação. Manifesta sentimentos persecutórios de injustiça por parte dos outros.

Relativamente aos resultados da prova WAIS-III, a utente apresenta um QI com uma classificação muito inferior à média de acordo com a sua faixa etária. A utente

demonstra uma aptidão reduzida para lidar com símbolos abstratos, informações sobre processamento da linguagem, raciocínio, atenção, aprendizagem verbal, compreensão, memória e fluência verbal. A diferença entre o QIV e o QIR é elevado e demonstra que a utente tem muitas dificuldades nas tarefas de realização. De modo geral, todos os resultados dos subtestes situam-se abaixo da média.

O índice de compreensão verbal mostra que a utente tem dificuldades a nível da conceção verbal, raciocínio, conhecimento fatural e na expressão do pensamento.

Quando ao índice de organização percetiva, a utente demonstra muitas dificuldades relacionadas com o raciocínio não-verbal, na coordenação visuo-motora e na aplicação de competências visuo-espaciais.

Relativamente à memória de trabalho, a utente demonstra dificuldade na utilização sequencial de números e letras e na capacidade de atenção.

No que concerne ao índice de velocidade de processamento este é o seu pior resultado, este índice avalia a velocidade mental e/ou psicomotora para a resolução de problemas não-verbais, o que poderá remeter para uma dificuldade acentuada ao nível da previsão, planeamento e interpretação de problemas. Analisando as provas da escala verbal, a utente esteve mais próximo da média nas provas de semelhanças e compreensão, apresentando pior desempenho nas provas de informação e aritmética.

A primeira poderá indicar dificuldades a nível da capacidade de memória auditiva, sequencial ou a longo prazo, bem como dificuldades a estabelecer associações entre ideias significativas, a segunda sugere uma baixa capacidade no raciocínio matemático, podendo remeter para uma maior dificuldade na capacidade de concentração, reduzida capacidade de memória auditiva e de curto-prazo.

No que diz respeito aos resultados das provas da escala de realização, apenas no complemento de gravuras a utente aproximou-se da média, nas restantes provas obteve resultados muito baixos em particular nas provas de cubos, disposição de gravuras, código-codificação e pesquisa de símbolos.

Comparativamente com a escala verbal, a escala de realização não é influenciada pelo nível de educação, de forma geral esta avalia a capacidade de encontrar soluções para problemas e a capacidade de integrar estímulos cognitivos.

O resultado da prova de cubos indicia uma baixa capacidade de análise, coordenação visuo-motora e a organização percetiva, este é também confirmado pelo desempenho na prova de disposição de gravuras, que sugere pouca coordenação motora e reduzida organização visual.

Paralelamente o resultado da prova de código-codificação aponta para uma velocidade de processamento limitada e falta de atenção/concentração seletiva. Por ultimo a prova de pesquisa de símbolos confirma o desempenho nesta escala remetendo para uma reduzida organização no nível preceptivo, limitada velocidade de operação mental, dificuldade ao nível da concentração e intolerância ao *stress*.

3.4.2.6. Conclusão e plano terapêutico

Tendo em conta os resultados obtidos nas diferentes provas, a utente demonstra preocupação com a sua saúde, manifestando inquietações em relação à mesma. Apresenta sintomas de ansiedade, sentimentos de culpabilidade e ressentimento, sentimentos de inutilidade e impotência, entre outros.

No que concerne o funcionamento intelectual, aparentemente a utente tem maior facilidade na execução de tarefas de índole verbal do que de realização. Verificam-se dificuldades ao nível da conceção verbal, no conhecimento factual, no raciocínio e expressão do pensamento, com uma reduzida capacidade de atenção e concentração. Denota-se a existência de algumas dificuldades ao nível da memória a longo prazo, podendo ser refletida pela impulsividade e falta de atenção da utente ao dar as respostas. Estes aspetos poderão ter tido uma influência negativa quanto ao seu desempenho na realização das provas.

Contudo a avaliação poderia ter ficado mais rica em termos de informação, caso fosse possível a aplicação de outros testes complementares (e.g. TAT, Rorschach), algo que revelou-se impossível de concretizar pela atitude de oposição e indisponibilidade da utente.

Tendo em conta a informação da história clínica da utente e os resultados das provas de avaliação cognitiva e de personalidade, considera-se que a utente poderia beneficiar de acompanhamento psicológico semanal para o desbloqueio do nível de ansiedade através de técnicas de relaxamento.

3.4.2.7. Reflexão pessoal

Tendo em conta o caso de avaliação psicológica, na minha perspetiva este foi atribuído tardiamente, condicionando desta forma o desenvolvimento da confiança da utente no processo terapêutico. Não foi possível estabelecer uma relação terapêutica adequada com a utente a fim de aprofundar determinados temas de modo a compreender melhor a sua história clínica e funcionamento.

A utente durante a aplicação das provas revelou-se intransigente adotando uma posição contraditória, revelou-se pouco cooperante na realização das provas e parecia procurar uma maneira de escapar à realização das mesmas. Perante estas vicissitudes procurei incentivar a utente durante as provas, estimulando o seu desempenho e reforçando a autoestima, tendo sempre em conta o seu próprio ritmo. Não obstante as dificuldades sentidas, não parece ter havido uma influência nos resultados das provas. A razão pode estar relacionada com a atitude adotada perante a utente através da perseverança e respeito, dando ênfase às suas necessidades.

III. PARTE – DISCUSSÃO

4. Panorama das problemáticas em Portugal

Os mais recentes dados epidemiológicos revelam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se uma das principais causas de morbilidade e incapacidade, na sociedade atual. Sendo que as perturbações psicológicas e neuropsicológicas tem um peso superior a 12% da carga global de doença a nível mundial, representando 23% nos países desenvolvidos. Portugal ocupa o primeiro lugar entre os países da Europa na prevalência de perturbações mentais (22,9%) (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães & Caldas-de-Almeida, 2013). Salienta-se que entre as pessoas com uma perturbação diagnosticada, encontram-se outras que tem problemas ao nível da saúde mental que não preenchem os critérios para um diagnóstico de perturbação psiquiátrica, mas que se encontram igualmente em sofrimento, devendo por isso beneficiar de intervenção (Caldas-de-Almeida, Leuschner, Duarte, Paixão, Sennfelt, Heitor & Xavier, 2007).

Estas perturbações psicológicas e neuropsicológicas representam 5 das 10 principais causas de incapacidade e dependência psicossocial a nível global: depressão unipolar (11,8%), alcoolismo (3,3%), esquizofrenia (2,8%), perturbação bipolar (2,4%) e demência (1,6%). Os problemas de saúde mental na Europa representam cerca de 26,6% da carga total de problemas relacionados com a saúde, sendo que o suicídio é considerado uma das 10 causas de morte prematura, estimando-se o seu agravamento até ao ano 2030, (Xavier et al., 2013). Em 2011, Portugal registava uma taxa de suicídios mais elevada (18,51%) na faixa etária dos 65 ou mais anos de idade, particularmente entre os homens (36,1% por 100.000 habitantes) (Carvalho, Mateus, & Xavier, 2014).

Estima-se que em Portugal existam 1,557,054 milhões de pessoas com perturbação mental com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos (Xavier et al., 2013). O que significa que mais de um quinto da população portuguesa é afetada por perturbações psiquiátricas, das quais se destacam as perturbações da ansiedade (16,5%) e as perturbações depressivas (7,9%). Constata-se porém que as perturbações mentais e do comportamento representam o maior peso nos anos vividos com incapacidade pelos portugueses (20,55%) (Xavier, et al., 2013).

Dentro da Europa estes valores apenas são comparáveis aos da Irlanda do Norte (23,1%), e fora da Europa, os Estados Unidos da América (26,4%). São mais as mulheres que recorrem aos serviços de saúde devido a perturbação psiquiátricas ao longo da sua vida (48,8%) em relação aos homens (27,6%) (Carvalho et al., 2014).

A forma de demência mais prevalente é a doença de Alzheimer, que representa cerca de 70% de todos os casos e é mais frequente nos países desenvolvidos. Na Europa, mais de 7,3 milhões de pessoas sofrem de demência, sendo que todos os anos são descobertos 800 mil novos casos de doença de Alzheimer. Estima-se que estes números venham a duplicar até 2040 na Europa Ocidental podendo atingir o triplo na Europa de Leste, tendo em conta o galopante envelhecimento da população idosa (Prince & Jackson, 2009). Estima-se que existam 153.000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90.000 têm doença de Alzheimer, isto é, cerca de 1% do total da população nacional sofre desta patologia (Alzheimer Portugal, 2009).

Quanto à prevalência da depressão nos idosos, não existem em Portugal estudos epidemiológicos nacionais mas as estimativas internacionais apontam para uma prevalência da patologia de 6 a 10% na população idosa portuguesa (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015).

Em 2013, no setor público existiam 1.439 camas de internamento em psiquiatria, isto é, quatro camas de internamento em psiquiatria de adultos, por cada 25 mil habitantes.

Quanto às unidades residenciais de reabilitação estas tinham uma capacidade instalada de 152 camas, acrescendo 209 camas apoiadas pela segurança social. Relativamente a instituições do sector social, como a CSI, apresentavam uma capacidade instalada de 3.123 camas, correspondendo a 68% do total de camas existentes em Psiquiatria no nosso país. Nos cuidados continuados de saúde mental existiam apenas 98 camas (Carvalho et al., 2014). É de salientar que à exceção das 309 camas disponíveis na Santa Casa da Misericórdia do Porto, todos os lugares de internamento em Psiquiatria do sector social encontravam-se nas instituições das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e dos Irmãos de São João de Deus (Carvalho et al., 2014).

No que concerne ao trabalho de estágio no âmbito da reabilitação psicossocial, o Projeto “Laço Verde” tinha como principal objetivo o acompanhamento das ocorrências do dia-a-dia das utentes e dar apoio ao nível comportamental e relacional, orientado para o *empowerment* e para o ganho de autonomia das utentes. O trabalho desenvolvido com estas utentes do projeto permitiu obter noções substanciais desta área de intervenção, sobretudo, da sua pertinência para a dignidade das pessoas com doença mental, tendo em consideração a sua entidade humana indivisível, holística e autónoma.

Relativamente ao caso A, por vezes o sofrimento sentido e demonstrado pela utente ressoou significativamente na estagiária, contudo procurou-se assegurar a congruência interna através da gestão adequada dos sentimentos, algo que foi

particularmente difícil uma vez que a estagiária se identificava muito com a utente. Procurou-se ter sempre uma atitude de compreensão empática para com as vivências e problemáticas da utente tendo o cuidado de a ouvir, dar-lhe espaço e tempo para falar sobre as mesmas. O processo de acompanhamento tinha como objetivo dar espaço para a utente expressar as suas problemáticas e assuntos perturbadores, procurando a redução de pensamentos negativos, de sentimentos de ansiedade e depressivos. Por outro lado, procurava-se reforçar a sua autoestima e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento de forma a ter uma maior consciência de si e da realidade, bem como ao nível da autonomia, de modo a que a utente pudesse tomar as suas próprias decisões com base na sua capacidade de auto-organização. Em relação ao objetivo do acompanhamento, este terá surtido uma melhoria significativa na utente quanto à sua autoestima e auto-organização, contudo seria recomendável a continuação do acompanhamento psicológico, bem como, realizar sessões de reabilitação cognitiva de forma a estimular e preservar as suas capacidades cognitivas.

Quanto ao caso B, apesar de não se tratar de um contexto de acompanhamento psicológico, procurou-se adotar sempre uma atitude de compreensão empática, mesmo perante a rigidez da utente a quando a aplicação das provas psicológicas. Na aplicação das provas procurou-se incentivar e estimular o desempenho da utente, reforçando a sua autoestima. A dificuldade prendeu-se essencialmente em manter a congruência interna, uma vez que as vivências da utente ressoavam com as da estagiária, a tomada de consciência dessas vivências refletiu-se na necessidade de uma gestão adequada das mesmas, contornando assim deste modo potenciais enviesamentos que pudessem colocar em risco a relação terapêutica. Contudo não foi possível estabelecer uma relação terapêutica adequada com a utente, o que impossibilitou o aprofundamento de determinadas temáticas que pudessem dar a conhecer melhor o seu funcionamento e a sua história clínica.

5. Avaliação

O estágio realizado na instituição centrou-se em grande parte no contexto da psicogeriatría, uma vez que a interação inicial foi com utentes da psicogeriatría e tinha-se particular interesse em intervir com esta população para a aquisição de conhecimentos para futura intervenção profissional.

O acompanhamento realizado numa das residências constituintes do Projeto “Laço Verde” em âmbito comunitário teve como principal objetivo acompanhar as

ocorrências do quotidiano das utentes e promover diversas competências relacionadas com o ganho de autonomia, com o *recovery* e o *empowerment*. Após uma análise dos potenciais e das dificuldades das utentes da residência, elaborou-se um projeto de dinâmicas de grupo com o objetivo de promover a coesão do grupo, a comunicação, a autoconsciência de si e a assertividade. Ao realizar o planeamento das sessões das dinâmicas de grupo, deparou-se com algumas dificuldades, em particular pela necessidade de desenvolver atividades que pudessem proporcionar um momento de lazer e descontração, mas que colmatassem as necessidades emergentes, em particular as competências comunicativas ao nível interpessoal e intrapessoal.

No caso de acompanhamento procurou-se estabelecer um *setting* terapêutico, no qual a utente pudesse ter acesso a um espaço e tempo para expressar as suas problemáticas e procurou-se estabelecer uma relação de empatia de modo a que a utente se sentisse compreendida e apoiada. Porém estabelecer uma relação de empatia não é um processo fácil tendo em conta que podemos compenetrar em demasia no mundo pessoal do cliente e colocar em risco a relação e o processo terapêutico.

Relativamente ao caso de avaliação psicológica, este terá sido atribuído tardiamente condicionando o efeito terapêutico e paralelamente impondo pressão para a obtenção de resultados rápidos, contudo foi respeitado o ritmo da utente. Consequentemente, não foi possível estabelecer uma relação terapêutica adequada com a utente a fim de aprofundar determinados temas de modo a compreender melhor a sua história clínica e funcionamento. Outro desafio sentido terá sido na aplicação das provas de avaliação psicológica, tendo sido necessário uma revisão de literatura quanto às provas aplicadas, mas também quanto ao quadro clínico da utente. A pesquisa bibliográfica revelou-se crucial para compreensão do funcionamento da utente, mas é importante salientar que não encontrei nenhuma literatura que fizesse referência à prevalência estimada da Perturbação da Personalidade Dependente em comorbilidade com a Deficiência Intelectual.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio permitiu compreender o funcionamento diário de uma instituição centrada na prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria, as funções de cada funcionário no apoio aos utentes e a sua maneira de lidar com as diferentes situações do quotidiano. Adicionalmente, permitiu contactar diretamente com as problemáticas que afetam este tipo de população, não obstante as suas especificidades patológicas ou não, viabilizando deste modo uma experiência única e enriquecedora.

6. Conclusão

Os objetivos pautados para a realização deste estágio envolviam não apenas o espectro profissional e prático como também pessoal e social, tendo proporcionado o aprofundamento técnico, teórico e científico que foi adquirido ao longo da formação em Psicologia, em particular, no mestrado em Psicologia Clínica e de Acompanhamento.

Ao nível pessoal e social, permitiu o desenvolvimento de competências, procurando absorver conhecimentos junto a outros profissionais de saúde e um sentido de responsabilidade e aceitação incondicional pela pessoa humana.

Ao longo do estágio foi possível ter contacto com uma população diversificada, tanto ao nível das suas especificidades como também das necessidades intrínsecas aos quadros clínicos que afetam esta população. A relação que se desenvolveu com as utentes, permitiu compreender os padrões de relacionamento pessoal que são estabelecidos numa relação terapêutica, considerando que esta é fundamental para a autonomia e para o aumento da autoestima das utentes.

Relativamente à prática clínica, os profissionais de saúde na instituição trabalham em ambiente multidisciplinar e compartilham entre si opiniões e experiências sobre os casos clínicos, assim como os diagnósticos e tratamento, sendo que a partilha e a responsabilidade conjunta permitiu conhecer e compreender melhor o funcionamento interno e a dinâmica da instituição, proporcionando desta forma o desenvolvimento de capacidades interpessoais e uma maior consciência do trabalho em equipa, que por si só reforça e valoriza a eficácia do trabalho individual.

De modo geral, este estágio excedeu as expectativas, revelando-se uma experiência significativa e gratificante com a qual foi possível desenvolver competências cruciais, particularmente competências comunicativas e, permitiu igualmente alargar a perspetiva conceptual relativa à diversidade de psicopatologias, contribuindo deste modo para um desenvolvimento pessoal e profissional enriquecedor.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2014). Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27 (5), 715-725. doi:10.1017/S1041610214001665
- Ahmed, S., Arnold, R. Thompson, S., Graham, K., & Hodges, J. (2008). Naming of objects, faces and buildings in mild cognitive impairment. *Cortex*, 44, 746-752. doi:10.1016/j.cortex.2007.02.002
- Ailey, S. (2009). The sensitivity and specificity of depression screening tools among adults with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research*, 2 (1), 45-64.
- Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2013). *Psicologia do adulto idoso*. Lisboa: Edições Piaget
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora
- Aleman, A., Kahn, R. & Selten, J.P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60 (6), 565-571. doi:10.1001/archpsyc.60.6.565.
- Alexander, R. & Cooray, S. (2003). Diagnosis of personality disorders in learning disability. *The British Journal of Psychiatry* 182 (44), 28-31. doi: 10.1192/bjp.182.44.s28
- Allen, D., Lowe, K., Matthews, H., & Anness, V. (2012). Screening for psychiatric disorders in a total population of adults with intellectual disability and challenging behavior using the PAS-ADD checklist. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25 (4), 342-349. doi: 10.1111/j.1468-3148.2011.00670.x
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer*. Lisboa: Alzheimer Portugal
- Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 180-193.
- Ardelt, M., & Koenig, C. (2007). The importance of religious orientation and purpose in life for dying well: Evidence from three case studies. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19 (4). doi:10.1300/J496v19n04_05
- Associação de Psiquiatria Americana (2014). *Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais* (5.ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Atterbury, K. (2014). Preserving the person: The ethical imperative of recovery-oriented practices. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84 (2), 182-189. doi: 10.1037/h0099362

- Autiquet, M. (2002). *A Psicanálise*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Awad, A. & Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26 (2), 149-162. doi: 10.2165/00019053-200826020-00005
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The special needs and autism project (SNAP). *Lancet*, 368 (9531), 210-215. doi:10.1016/S0140-6736(06)69041-7
- Barefoot, J., Mortensen, E., Helms, M., Avlund, K., & Schroll, M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and Aging*, 16 (2), 342-345. doi:10.1037/08827974.16.2.342
- Barnhill, J., & McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 10 (3), 300-307. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.focus.10.3.300>
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. Caldas & A. Mendonça (Eds), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 27-40). Lisboa: Lidel
- Barros, A. (1995). *Questionário de Análise Clínica, tradução e adaptação para a população Portuguesa*. Lisboa: Departamento de Investigação da CECOC-TEA.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Blanchard, M., Serfaty, M. Duckett, S., & Flatley, M. (2009). Adapting services for a changing society: a reintegrative model for old age psychiatry (based on a model proposed by Knight and Emanuel, 2007). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 202-206. doi:10.1002/gps.2083
- Blazeković-Milaković, S., Stojanović-Spehar, S., Katić M. & Kumbrija, S. (2011). Comparison of depression treatment among different age groups in primary care setting. *Psychiatria Danubina*, 23 (2), 183-188.
- Boyle, G., Matthews, G. & Saklofske, D. (2008). The sage handbook of personality theory and assessment (Vol.2) *Personality measurement and testing*. London: Sage Publications Ltd.
- Bowles, T. (2012). Developing adaptive change capabilities through client-centered therapy. *Behaviour Change*, 29 (4), 258-271. doi: 10.1017/bec.2012.24

- Bowling, A. & Dieppe, D. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*, 331, 1548-1551. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Boss, P. (2002). *Family Stress management: A Contextual Approach*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Bouras, N., Martin, G., Leese, M., Vanstraelen, M., Holt, C., Thomas, C., Hindler, C. & Boardman, J. (2004) Schizophrenia-spectrum psychoses in people with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (6), 548-555. doi: 10.1111/j.1365-2788.2004.00623.x
- Bozo, O., Toksabay, N. & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *The Journal of Psychology*, 143 (2), 193-205. doi: 10.3200/JRLP.143.2.193-206
- Braunstein, J.F. & Pewzner, É. (2003). *História da Psicologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brereton, A., Tonge, B. & Einfeld, S. (2006). Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (7), 863-870.
- Brown, S., Barraclough, B. & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (3), 212-217. doi: 10.1192/bjp.177.3.212
- Bruce, M., Mcavay, G., Raue, P., Brown, E., Meyeres, B., Keohane, D., Jagoda, D. & Weber, C. (2002). Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. *American Journal Psychiatry*, 159 (8), 1367- 1374. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1367>
- Bryson, S. E., Bradley, E. A., Thompson, A. & Wainwright, A. (2008). Prevalence of autism among adolescents with intellectual disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (7), 449-59.
- Bushbacher, P. & Fox, L. (2003). Understanding and intervening with challenging behavior of young children with autism spectrum disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 34, 217-227. doi:10.1044/0161-1461(2003/018)
- Caldas-de-Almeida, J., Leuschner, A., Duarte, H., Paixão, I., Sennfelt, J., Heitor, M. & Xavier, M. (2007). *Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Ministério da Saúde: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

- Campbell, R (2009). *Dicionário de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carpenter-Song, E., Hipolito, M. & Whitley, R. (2012). "Right here is an oasis": How "Recovery Communities contribute to recovery for people with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36 (6), 435-440. doi: 10.1037/h0094576
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, Á., Mateus, P., & Xavier, M. (2014). *Portugal - Saúde Mental em Números*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Chang, E., Chenoweth, L., & Hancock, K. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 32-41
- Cherry, K. E., Penn, D., Matson, J. L., & Bamburg, J. W. (2000). Characteristics of schizophrenia among persons with severe or profound mental retardation. *Psychiatric Services*, 51 (7), 922-924.
- Colman, A. (2009). *Dictionary of Psychology* (3rd ed.). UK: Oxford University Press
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allen, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27 – 35. doi : 10.1192/bjp.bp.106.022483
- Cooray, S., & Bakala, A. (2005). Anxiety disorders in people with intellectual disabilities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 355-361. doi: 10.1192/apt.11.5.355
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias. Abordagens Actuais* (3.^aed.). Porto Alegre: Artmed
- Cormac, I. & Mace, C. (2008). *Psychological therapies in psychiatry and primary care*. London: Royal College of Psychiatrists
- Crowe, T., Deane, F., Oades, L., Caputi, P. & Morland (2006). Effectiveness of collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric Services*, 57 (10), 1497-1500. doi: 10.1176/appi.ps.57.10.1497
- Covinsky, K., Palmer, R., Fortinsky, R., Counsell, S., Stewart, A., Kresevic, D., Burant, C. & Landefeld, C. (2003). Loss of independence in activities of daily living in

- older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 451–458
- Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). *Cuidar com sentido: Guia para cuidadores de pessoas com demência*. Universidade de Aveiro: Fundação Calouste Gulbenkian.
- CSI (2013). Um espaço hospitaleiro aberto ao futuro. *Casa de Saúde da Idanha*
- Cunha, A. (2003). *Psicodiagnóstico-V*. (5ª. ed.). Porto Alegre: Artmed Editora
- Daniel, M., & Gurczynski, J. (2010). Mental status examination. In D. Segal & M. Hersen (Eds.), *Diagnostic Interviewing* (4th ed., pp.61-88). New York: Springer
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (6), 495-505
- Direcção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde Mental - Orientações Programáticas*: Obtido em 24 de Julho de 2015: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Dickson, K., Emerson, E., & Hatton, C. (2005). Self-reported anti-social behavior: Prevalence and risk factors amongst adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (11), 820-826. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00727.x
- Dogar, I. (2007). Biopsychosocial model. *Annals of Punjab Medical College*, 1 (1), 11-13
- Dols, A., Kupka, R., Lammeren, A., Beekman, A., Sajatovic, M. & Stek, M. (2013). The prevalence of late-life mania: a review. *Bipolar Disorders*, 16 (2), 113-118. doi: 10.1111/bdi.12104
- Duarte, A., Graham, K. & Henson (2008). Age-related changes in neural activity associated with familiarity, recollection and false recognition. *Neurobiology of Aging*, 31 (10) 1814-1830. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2008.09.014
- Emerson, E., Robertson, J., & Wood, J. (2005). Emotional and behavioral needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (1), 16-24. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00658.x
- Enkelaar, L., Smulders, E. Lantman-de Valk, H., Weerdesteyn, V. & Geurts, A. (2013). Prospective study on risk factors for falling in elderly persons with mild to

- moderate intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (1), 3754-3765. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.041.
- Faludi, G., Dome, P. & Lazary, J. (2011). Origins and perspectives of the schizophrenia research. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13 (4), 185-192. doi: 10.5706/nph201112001
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003). Psicología clínica y psiquiatria. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-10. Obtido em 22 de Maio de 2015: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social: una introducción*. In Fernández-Ballesteros R. (Coord.). *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R., Cassinello, M., Bravo, M., Martínez, M., Nicolás, J., López, P., & Moral, R. (2011). Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain*, 15 (1), 94-101
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J., Walker, A., & Kalache, A. (2013) Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 298012, 1-4. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/298012>
- Fernández-Santos, C. (2002). Depresión en el anciano. *Medicina General*, 40, 28-31.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (4), 365-382.
- Fonda, S., Wallace, R. & Herzog, A. (2001). Changes in driving patterns and worsening depressive symptoms among older adults. *Journal of Gerontology*, 56 (6), 343-351
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S. & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (4), 41-49. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>

- Friedman, H., Krippner, S., Riebel, L. & Johnson, C. (2010). Transpersonal and Other Models of Spiritual Development. *International Journal of Transpersonal Studies*, 29 (1), 79-94.
- Fries, J. (2012). The theory and practice of active aging. *Hindawi Publishing Corporation. Current Gerontology and Geriatrics Research*, 420637, 1-7 <http://dx.doi.org/10.1155/2012/420637>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Galluzzi, S., Beltramello, A., Filippi, M., & Friosoni, G. (2008). Aging. *Neurological Sciences*, 29, 296-300 doi: 10.1007/s10072-008-1002-6
- Gatchel, R., & Oordt, M. (2003). *Clinical health psychology and primary care*. Washington: APA Books.
- Geppert, C., Bogenschutz, M., & Miller, W. (2007). Development of a bibliography on religion, spirituality, and addiction. *Drug and Alcohol Review*, 26 (4), 389-395. doi: 10.1080/09595230701373826
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. (6.^a ed.). (D. R. Silva Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (obra original publicada em 1999).
- Godin, O., Dufouil, C., Maillard, P., Delcroix, N., Mazoyer, B., Crivello, F., Alperovitch, A., & Tzourio, C. (2008). White Matter Lesions as a Predictor of Depression in the Elderly: The 3C-Dijon Study. *Biological Psychiatry*, 63 (3), 663-669. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.09.006>
- Gómez-Durán, E., Martín-Fumadó, C., & Hurtado-Ruiz, G. (2012). Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (6), 333-345.
- Gonzalez, M., Matson, J., & Bodfish, J. (2006). Mania and intellectual disability: The course of manic symptoms in persons with intellectual disability. *American Journal on Mental Retardation*, 111 (5), 378-383. doi: 10.1352/0895-8017
- Greenfield, E., Vaillant, G., & Marks, N. (2009). Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimensions of psychological well-being? *Journal of Health and Social Behavior*, 50 (6), 196-212

- Greenwood, C., Husted, J. Bomba, M. Hodkinson, K., & Bassett A. (2004). Elevated rates of schizophrenia in a familial sample with mental illness and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (6), 531-539. doi: 10.1111/j.1365-2788.2004.00621.x
- Guterres, C. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Han, L., McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., & Capek, R. (2008). 12-Month cognitive outcomes of major and minor depression in older medical patients. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 16 (9), 742-751. doi:10.1097/JGP.0b013e31817c6ad7
- Hardiman, S. Guerin, S., & Fitzsimons, E. (2009). A comparison of the social competence of children with moderate intellectual disability in inclusive versus segregated school settings. *Research in Developmental Disabilities*, 30 (2), 397-407. doi: 10.1016/j.ridd.2008.07.006.
- Hastings, R., Hatton, C., Taylor, J., & Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (1), 42-46. doi: 10.1111/j.1365-2788.2004.00584.x
- Hathaway, S., & McKinley, J. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254. doi:10.1080/00223980.1940.9917000
- Hattier, M. A., Matson, J. L., Tureck, K., & Horovitz, M. (2011). The effects of gender and age on repetitive and/or restricted behaviors and interests in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (6), 2346-2351. doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.028
- Hermans, H., & Evenhuis, H. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1109-1120. doi:10.1016/j.ridd.2010.04.023
- Hermans, H. & Evenhuis, H. (2012). Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *Journal of Affective Disorders*, 138, 79-85. doi:10.1016/j.jad.2011.12.025
- Heun, R. & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry*, 20 (3), 199-204. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.036

- Hippel, W. & Matovic, J. (2008). Aging and social satisfaction: Offsetting positive and negative effects. *Psychology and Aging*, 23 (2), 435-439. doi: 10.1037/0882-7974.23.2.435
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edual
- Holwerda, A., Klink, J., Boer, M., Groothoff, J. & Brouwer, S. (2013). Predictors of work participation of young adults with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (6), 1982-1990 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.03.018>
- Hurley, A. (2008). Depression in adults with intellectual disability: Symptoms and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (11), 905-916. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01113.x.
- IHSCJ (2010). *CSI - Memória Anual*.
- IHSCJ (2010). *Carta de Identidade da Instituição*. Identidade e Missão
- IHSCJ. (2014). *Serviços*. Obtido em 30 de Dezembro de 2014: <http://www.irmashospitaispt/csi/servicos>
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2002). *O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Joseph, S., & Murphy, D. (2013). Person-centred approach, positive psychology and relational helping: Building bridges. *Journal of Humanistic Psychology*, 53 (1), 26-51. doi: 10.1177/0022167812436426
- Kales, H., Maixner, D., & Mellow, A. (2005). Cerebrovascular Disease and Late-Life Depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 13 (2), 88-98. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.2.88
- Koenig, H. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1194-1200
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2003). *Fundamentals of human neuropsychology*. (5th ed.). New York: Worth Publishers.

- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorder among elderly people. *International of Geriatric Psychiatry*, 24 (9), 1026-1033. doi: 10.1002/gps.2215
- Kraemer, S., Minarzyk, A., Forst, T., Kopf, D., & Hundemer, H. (2011). Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia, and metabolic changes after 3 months of treatment with antipsychotics-results from German observational study. *BMC Psychiatry*, 11 (173), 1-11. doi: 10.1186/1471-244X-11-173
- Kroon, J, Wohlfarth, T., Dieleman, J., Sutterland, A., Storosum, J., Denys, D. de Haan, L. & Sturkenboom, M. (2013). Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disorders*, 15, 306-313. doi: 10.1111/bdi.12058
- Krug, S. (1980). *Clinical Analysis Questionnaire Manual*. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing.
- Lage, M. (2005). Cuidados Familiares a Idosos, In Paúl C. e Fonseca A. (coord.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lambrechts, G., & Maes, B. (2008). Analysis of staff reports on the frequency of challenging behavior in people with severe or profound intellectual disabilities. *Research in Development Disabilities*, 30 (5), 863-872. doi: 10.1016/j.ridd.2008.12.004.
- Langlois, L., & Martin, L. (2008). Relationship between diagnostic criteria, depressive equivalents and diagnosis of depression among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (11), 896-904. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01041.x.
- Laursen, T., Munk-Olsen, T. & Gasse, C. (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Plos One*, 6 (9), e24597. doi: 10.1371/journal.pone.0024597
- Liemburg, E., Knegtering, H., Klein, H., Kortekaas, R. & Aleman, A. (2012). Antipsychotic medication and prefrontal cortex activation: A review of neuroimaging findings. *European Neuropsychopharmacology*, 22, 387-400. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.12.008
- Lindsay, W. (2007). Personality disorders. In N. Bouras & G. Holt (Eds.), *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities* (2nd ed., pp. 143-153). Cambridge: Cambridge University Press.

- Lopes, R. G. (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed Editores
- Lungu, O., Anselmo, K., Letourneau, G., Mendrek, A., Stip, B., Lipp, O., Lalonde, P., Bentaleb, L. & Stip, E. (2013). Neuronal correlates of appetite regulation in patients with schizophrenia: Is there a basis for future appetite dysfunction? *European Psychiatry*, 28, 293-301. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.02.001
- Luppa, M., Luck, T., König, H., Angermeyer, M. & Riedel-Heller, S. (2012). Natural course of depression symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 142, 166-171. doi:10.1016/j.jad.2012.05.009
- Lykouras, L. & Gournellis, R. (2008). Depression in the elderly. *Annals of General Psychiatry*, 7 (1), 1-17. doi: 10.1186/1744-859X-7-S1-S17
- Maïano, C., Morin, A. & Bégarie, J. (2011). The center for epidemiologic studies depression scale: Factor validity and reliability in a French sample of adolescents with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (5), 1872-1883. doi: 10.1016/j.ridd.2011.03.016.
- McGrath, J., Saha, S. Chant, D. & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76. doi: 10.1093/epirev/mxn001
- Matson, J., & Boisjoli, J. (2007). Multiple versus single maintaining factors of challenging behaviors as assessed by the QABF for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 32 (1), 39-44. doi: 10.1080/13668250601184689
- Maurya, A. (2009). Integrating social representations theory and bio-psychosocial model for intervention in mental health. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 35 (2), 195-202.
- Medeiros, K., Curby, T., Bernstein, A., Rojahn, J., & Schroeder, S. (2013). The progression of severe behavior disorder in young children with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3639-3647. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.002>
- Merikangas, K., Jin, R., He, J., Kessler, R., Lee, S., Sampson, N., Viana, M., Andrade, L., Hu, C., Karam, E., Ladea, M., Mora, M., Browne, M., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R. & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates bipolar spectrum

- disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68 (3), 241-251. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
- Missotten, P., Squelard, G., Ylief, M., Di Notte, D., Paquay, L., De Lepeleire, J. & Fontaine, O. (2008). Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, mild cognitive impairment, and controls. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1103-1109. doi:10.1002/gps.1981
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2 (9), 10-16
- Morrissey, C., & Hollin, C. (2011). Antisocial and psychopathic personality disorders in forensic intellectual disability populations: What do we know so far? *Psychology, Crime & Law*, 17 (2), 133-149. doi: 10.1080/10683160903392442
- National Institute of Mental Health, *Bipolar Disorder*, obtido em 3 de Agosto de 2015: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>
- Nichols, M. P. (2014). *The essentials of family therapy* (6th ed). United States of America: Pearson Education.
- Norton, S., Matthews, F., Barnes, D., Yaffe, K. & Brayne C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology*, 13 (8), 788-794. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X)
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século
- OMS (Organização Mundial de Saúde, 2001). *Relatório mundial de saúde 2001: saúde mental, nova compreensão, nova esperança*. Lisboa: Direcção - Geral da Saúde.
- Ozbey, G. (2012). A Rasch analysis of the Mental Health and Recovery Measure: reliability and validity. *Theses and Dissertations*. Paper 395
- Parker, G., Graham, R., Hadzi-Pavlovic, D., McCraw, S, Hong, M. & Friend, P. (2013). Differentiation of bipolar I and II disorders by examining for differences in severity of manic/hypomanic symptoms and the presence or absence of psychosis during that phase. *Journal of Affective Disorders*, 150 (3), 941-947. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.018.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Plante, T. (2005). *Contemporary clinical psychology*. (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Polloway, E., Smith, J. Patton, J. & Antoine, J. (2009). State guidelines for Mental Retardation and Intellectual Disabilities: A re-visitation of previous analyses in light of changes in the field. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44 (1), 14-24.
- Prince, M. & Jackson, J. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. London: Alzheimer's Disease International.
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família perspectiva sistémica* (4.^a ed.) Porto: Edições Afrontamento.
- Rocha, A., Ferreira, C., Barrete, H., Moreira, A. & Machado, M. (2008). *WAIS-III, Escala de Inteligência do Wechsler para Adultos*. Lisboa: CEGOC-TEA
- Rogers, C. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 240-248 doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240
- Rojahn, J., Rowe, E., Sharber, A., Hastings, R., Matson, J., Didden, R., Kroes, D. & Dumont, E. (2012). The behavior problems inventory-short form for individuals with intellectual disabilities: Part I: Development and provisional clinical reference data. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56 (5), 527-545. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01507.x.
- Ross, E., & Oliver, C. (2002). The relationship between levels of mood, interest, and pleasure and 'challenging behavior' in adults with severe and profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (3), 191-197. doi: 10.1046/j.1365-2788.2002.00397.x
- Saldanha, S. (2009). *Bem viver para bem envelhecer – um desafio à geriatria e à gerontologia*. Lisboa: Lidel
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, W., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Reeve, A., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Verdugo, M., Wehmeyer, M., & Yeager, M. (2007). The renaming of Mental Retardation: Understanding the change to the term Intellectual Disability. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), 116-124
- Segal, D., June, A., Payne, M., Coolidge, F. & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 709-714. doi:10.1016/j.janxdis.2010.05.002

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Severus, E. & Bauer, M. (2013). Diagnosing bipolar disorders in DSM-5. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1 (14), 1-3. doi:10.1186/2194-7511-1-14
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota – Adolescente: Versão experimental Portuguesa*. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Singh, N. N., Matson, J. L., Lancioni, G. E., Singh, A. N., Adkins, A. D., McKeegan, G. F., & Brown, S. W. (2006). Questions about behavioral function in mental illness (QABF-MI): A behavior checklist for functional assessment of maladaptive behavior exhibited by individuals with mental illness. *Behavior Modification*, 30 (6), 739-751. doi: 10.1177/0145445506286700
- Sobral, M. (2006). *A atribuição da psicologia na avaliação do idoso*. In Firmino H. (Eds.). *Psicogeriatría* (pp. 499-512). Coimbra: Psiquiatria Clínica
- Spadone, C. (2007), *A Doença Mental*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Staudé, J. (2005). Autobiography as a spiritual practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 45 (3), 249-269. doi:10.1300/JO83v45n03_01
- Steffens, D. & Potter, G. (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 38, 163-175. doi:10.1017/S003329170700102X
- Steinhauser, K., Alexander, S., Byock, I., George, L., Olsen, M., & Tulsky, J. (2008). Do preparation and life completion discussions improve functioning and quality of life in seriously ill patients? Pilot randomized control trial. *Journal of Palliative Medicine*, 11 (9), 1234-1240. doi: 10.1089/jpm.2008.0078
- Stek, M., Vinkers, D., Gussekloo, J., Van Der Mast, R., Beekman, A. & Westendorp, R. (2006). Natural history of depression in the oldest old population-based prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69. doi: 10.1192/bjp.188.1.65
- Spar, E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. (Almeida, J. trad.). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 2002)
- Sullivan, K., Hooper, S., & Hatton, D. (2007). Behavioral equivalents of anxiety in children with Fragile X syndrome: Parent and teacher report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (1), 54-65. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00899.x

- Stanton, M., & Welsh, R. (2012). Systemic Thinking in Couple and Family Psychology - Research and Practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, pp. 14-30.
- Tandor, R., Nasrallah, H. & Keshavan, M. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110 (1-3), 1-23. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.005
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, W., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K., & Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117 (4), 291-303. doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291
- Teixeira, A., Wieck, A., Diniz, B. & Bauer, M. (2012). Biomarkers in mood disorders among the Elderly: Can they contribute to diagnosis and prognosis? *Current Translational Geriatrics and Gerontology Reports*, 1, 111-120. doi: 10.1007/s13670-012-0010-9
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374 (9640), 620-627. doi: 10.1016/S0140-6736 (09) 60742-X
- Tomić, K., Mihajlović, G., Mihajlović, N., Dejanović, S., Mihajlović, K. & Petrović, G. (2011). Diagnosis and treatment of depression in persons with intellectual disability. *Acta Medica Medianae*, 50 (3), 81-89. doi: 10.5633/amm.2011.0315
- Touchon, J. & Portet, F. (2006). *Guia prático da Doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores
- Van Vonderen, A., de Swart, C., & Didden, R. (2010). Effectiveness of instruction and video feedback on staff's use of prompts and children's adaptive responses during one-to-one training in children with severe to profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 829-838. doi: 10.1016/j.ridd.2010.02.008
- Vandernagel, J., Kiewik, M., Postel, M., Dijk, M., Didden, R., Buitelaar, J. & Jong, C. (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35 (4), 808 – 813. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.018>

- Veloso, M., Gouveia, J. & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da escala de dificuldades na regulação emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87-110.
- Veríssimo, M. (2014). *Geriatrics fundamental. Saber e praticar*. Lisboa: Lidel
- Wallander, J., Dekker, M. & Koot, H. (2006). Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: a prospective longitudinal population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (4), 259-268. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00792.x
- Wechsler, D. (1997). *WAIS-III Administration and Scoring Manual*. SanAntonio, TX: Psychological Corporation.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2014). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy - Skills and Applications*. Londres: SAGE.
- Whitbourne, K., & Whitbourne, B. (2011). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives* (4th ed.). Hoboken, New Jersey: Wiley
- Wilber, K. (2007). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Boston: Shambhala
- WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva: Obtido em 15 de Junho de 2015 a partir de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Yang, Y., & George, L. (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *Journal of Aging and Health*, 17 (3), 263-292. doi:10.1177/0898264305276295
- Yoon, D., & Lee, E.-K. (2007). The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (3-4), 281-298. doi: 10.1300/J083v48n03_01
- Young, S., & Bullock, W. (2003). *The Mental Health Recovery Measure*. Ohio: University of Toledo, Department of Psychology
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P. & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health survey initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7 (19), 1-10. doi: <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>
- Zimmerman, M. (2000). *Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*. In J. Rappaport & E. Seidman, (Eds.). *Handbook of Community Psychology* (pp.43-63). New York: Plenum Publishers.

V. ANEXOS

ANEXO A

Esquema organizacional do serviço de Psicologia

ANEXO B

Registo de presenças no estágio

ANEXO C

Programa “Semana Aberta” e Certificados de Participação

ANEXO D

Projeto de dinâmicas de grupo realizadas no âmbito do “Projecto Laço Verde”

ANEXO E

Trabalho de investigação – *Recovery* em Saúde Mental: caracterização da população e aplicação do MHRM às utentes do “Projecto Laço Verde”

ANEXO F

Transcrição das sessões relativas ao caso clínico A

ANEXO G

Avaliação Psicológica referente ao caso B