

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

Perturbações do Humor: Experiências de Intervenção Psicopedagógica de Grupo

Relatório de Estágio para a Obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Autor: Sara Saramago Geraldès

Orientador: Professora Doutora Mónica Rute Taveira Pires

Número do candidato: 20150158

Maio de 2018

Lisboa

Então abre-te. Deixa sair o ser humano. Respira o ar e o silêncio.

(Franz Kafka)

Agradecimentos

Durante o meu percurso académico foram muitas as pessoas que me acompanharam e me ajudaram a concretizar os meus objetivos e a superar os obstáculos:

Gostava de agradecer especialmente à Professora Doutora Mónica Pires que esteve sempre disponível para me ajudar e guiar;

A todos os técnicos da ADEB por me terem feito sentir sempre bem-vinda e integrada, com especial atenção ao Presidente Delfim Oliveira, à Doutora Ana Berrincha pela sua disponibilidade, por me ensinar e partilhar conhecimento, à Doutora Paula Pereira pela amizade e paciência e em especial ao meu orientador Doutor Sérgio Paixão que teve um papel fundamental na concretização do meu estágio,

À minha Família que sempre me apoiou e ajudou incondicionalmente;

Ao meu namorado que me ajudou a superar inseguranças e acreditou sempre nas minhas capacidades;

Aos meus queridos amigos que me acompanharam durante todo o meu percurso.

Agradeço à Universidade Autónoma de Lisboa por ter sido a minha casa durante cinco anos.

Resumo

O presente relatório tem com objetivo descrever o local e atividades integradas ao longo do estágio académico, referente ao Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa.

O estágio tem uma vertente teórica que é caracterizada por uma formação e orientação do estagiário e uma vertente prática, constituída por observação, acompanhamento e avaliação psicológica. Toda a intervenção foi feita numa associação em prol da saúde mental, em Lisboa.

A intervenção foi focada na estabilização de adultos com o diagnóstico de perturbação do humor, através do acompanhamento psicológico individual e grupal, recorrendo à utilização da psicoeducação. Os grupos psicoeducativos assumem um papel fulcral, no que diz respeito à aquisição de conhecimentos sobre a doença, tanto para pessoas com diagnóstico, bem como para familiares e cuidadores. São abordados dois casos, o primeiro de uma mulher de 41 anos com um diagnóstico de perturbação esquizoafetiva e o segundo um homem de 44 anos com o diagnóstico de perturbação bipolar. Em ambos os casos foram visíveis mudanças relevantes. No primeiro caso, houve uma mudança positiva relativamente à doença e à visão negativa sobre o futuro. No segundo, caso as mudanças são referentes à aquisição de ferramentas e competências, através da psicoeducação para lidar e estabilizar a doença.

O papel do psicólogo é pertinente, no sentido de ajudar os utentes a melhor compreender a doença e consequentemente a adquirir estratégias para melhor lidar com a mesma. É importante referir que o estágio foi realizado à luz da Abordagem Centrada na Pessoa.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Saúde Mental; Psicoeducação; Abordagem Centrada na Pessoa; Perturbações do Humor.

Abstract

This report aims to describe the integrated activities and the place integrated throughout the academic internship related to the Master in Clinical Psychology and Counseling at Universidade Autónoma de Lisboa.

The academic internship has a theoretical strand, characterized by the trainee's training and orientation, and has a practical strand, constituted by observation, monitoring and psychological evaluation. The whole internship was realized in a mental health association located in Lisbon.

The main focus of the intervention was the stabilization of adults with the diagnosis of mood disturbance, through individual and group psychological counseling using psychoeducation.

Psychoeducational groups play a key role in acquiring knowledge about the disease for both diagnosed as well as family members and caregivers.

Two of the cases are approach, the first one is about a 41-year-old woman with a diagnosis of schizoaffective disorder and the second one, a 44-year-old man diagnosed with bipolar disorder. In both cases relevant changes were visible.

In the first case there was a positive change in relation to the disease and the negative vision about the future. In the second case the changes are related to the acquisition of tools and skills through psychoeducation to deal with and to stabilize the disease.

The main role of the psychologist is pertinent in that it helps users to better understand the disease and consequently acquire strategies to better deal with it. It is important to note that the internship was conducted in the light of the Centered Person Approach.

Key-words: Clinical Psychology; Mental Health; Psychoeducation; Centered Person Approach; Mood Disturbance.

Índice

Introdução	1
PARTE I	5
1.1 Perturbações de Humor.....	6
1.1.1 Perturbação Unipolar.....	7
1.1.2 Perturbação Bipolar	12
PARTE II.....	21
2.1 Projeto e cronograma.....	Erro! Marcador não definido.
2.2 Trabalho ao Longo do Estágio.....	24
2.2.1 Grupo psicoeducativo para familiares de doentes bipolares.....	24
2.2.2 Grupo de gestão de stresse e ansiedade.....	31
2.2.3 Grupo psicoeducativo para pessoas com perturbação unipolar.....	33
2.2.4 Grupo psicoeducativo para pessoas com perturbação bipolar.....	37
2.2.5 Avaliações primárias.....	41
2.2.6 Atendimento Telefónico, marcação de consultas e linha SOS.....	41
2.3. Acompanhamento individual e avaliação psicológica.....	42
2.3.1 Caso Clínico A.....	43
2.3.1.1 História Clínica.....	43
2.3.1.2 Genograma.....	45
2.3.1.3 Síntese das Sessões.....	46
2.3.1.4 Discussão Clínica	49
2.3.2 Caso Clínico B.....	50
2.3.2.1 História Clínica.....	50
2.3.2.2 Genograma.....	51
2.3.2.3 Resultados da Avaliação Psicológica.....	52

2.3.2.4 Síntese das Sessões.....	54
2.3.2.5 Discussão Clínica.....	57
PARTE III CONCLUSÃO	59
Conclusão	60
Referências Bibliográficas.....	62
ANEXOS	66

Índice de tabelas

Tabela 1. Necessidades da população com doença mental.....	3
Tabela 2. Resumo das Perturbações do Humor.....	6
Tabela 3. A utilização de psicofármacos referentes ao ano de 2013.....	8
Tabela 4. Percentagem de utentes com perturbação depressiva inscritos em centros de saúde	8
Tabela 5. Sintomas da ansiedade.....	9
Tabela 6. Prevalência das perturbações depressivas e de ansiedade em alguns países da Europa em 2013.....	10
Tabela 7. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente referente ao ano de 2015.....	11
Tabela 8. Breve revisão bibliográfica sobre a eficácia da psicoeducação	16
Tabela 9. Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio.....	23
Tabela 10. Programado grupo para familiares.....	24
Tabela 11. Resultados da IPA	26
Tabela 12. Resumo do grupo de gestão de stress e ansiedade.....	32
Tabela 13 Programa do grupo psicoeducativo para doentes unipolares	34
Tabela 14. Programa do grupo psicoeducativo para doentes bipolares.....	38

Introdução

A redação deste relatório tem como objetivo expor as atividades elaboradas ao longo do estágio curricular, no seguimento do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio foi realizado numa instituição particular de solidariedade social (IPSS) em prol da saúde mental, que desenvolve atividade em Portugal e abrange sujeitos com o diagnóstico de Depressão (doença unipolar) ou doença bipolar, bem como as famílias/cuidadores. Nesta medida, tem como objetivos principais a implementação e continuidade de cuidados integrados nestas perturbações do humor, a promoção, formação e educação na mesma temática, bem como o apoio e orientação dos sócios em situação de desemprego.

Como objetivos secundários a associação procura ainda ajudar a população em momentos de crise através da linha SOS, fornece cuidados de acompanhamento mental através de psicoterapia, apoia adolescentes através da psicoeducação, faz serviço domiciliário, realiza colóquios, encontros e *workshops*, edita e divulga documentos pedagógicos e informativos, como a Revista Bipolar, e oferece aconselhamento e orientação jurídica. Na associação os psicólogos têm um papel fundamental na estabilização da doença, recorrendo a várias estratégias de intervenção com uma equipa multidisciplinar, que conta com outros psicólogos, mas também com psiquiatras ou professores, contando ainda com o apoio de hospitais e juntas de freguesia, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos utentes.

Associações como esta têm um papel fulcral na manutenção e promoção da saúde mental pois, para além do universal aumento da esperança média de vida, permitem ampliar, com qualidade, os anos que a população vive com incapacidades provocadas pela doença mental, o que implica naturalmente a necessidade de manutenção para melhorar e prestar uma melhor resposta na área da saúde mental.

As IPSS foram criadas em Portugal para apoiar e dar resposta às necessidades da população mais desfavorecida. Em cooperação com o estado português, atuam diretamente na população alvo. Em Portugal continental, existem na totalidade dois hospitais psiquiátricos (Lisboa e Porto) e quarenta e um serviços locais de saúde mental para adultos. Segundo o relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental, referente ao ano de 2017, o maior registo de utentes com perturbação de ansiedade em centros de saúde concentrou-se na região Centro e no Alentejo. Entre o ano de 2011 e 2016 houve um aumento significativo de utentes inscritos em centros de saúde com perturbações

depressivas e de ansiedade. Relativamente às perturbações depressivas entre 2011 (5.34%) e 2016 (9.32%) houve um aumento de 3.98%. No que diz respeito às perturbações de ansiedade entre o ano de 2011 (3.51%) e o ano de 2016 (6.06%) verifica-se um aumento de 2.55%. Nos cuidados de saúde primários os registos de perturbações depressivas e de ansiedade são de 74.5% e 72.6%, respetivamente, e estão concentrados em menor número na zona sul (Algarve). Portugal é um dos países da Europa com mais prevalência de doença mental e muitos dos utentes não beneficiam dos programas de tratamento e reabilitação psicossocial (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017)

Em todo o mundo existem mais de 300 milhões de pessoas que vivem com depressão, um aumento superior a 18% entre 2005 e 2015. A depressão é uma doença caracterizada por uma tristeza persistente e pela perda de interesse nas atividades que antes proporcionavam prazer. As pessoas com o diagnóstico de depressão, normalmente, experienciam falta de energia, alterações de apetite, ansiedade, redução da concentração, sentimentos de inutilidade e culpa, ideação suicida e sonolência acentuada. Por seu lado, a perturbação bipolar afeta cerca de 60 milhões de pessoas no planeta. É caracterizada por episódios de mania e depressivos, separados por períodos de humor eutímico. Os episódios de mania são acompanhados por humor elevado e irritável, muita energia, confiança excessiva e pouca necessidade de dormir (Figueiredo, 2000; WHO, 2017).

Ao comparar a oferta dos serviços na área da saúde mental com outros países, constatámos que Portugal não colmata as necessidades dos utentes. Os serviços portugueses, centrados essencialmente em hospitais e centros de saúde, estão focados sobretudo no internamento e no acompanhamento do doente em consulta externa, secundarizando os cuidados de apoio continuados na área da reabilitação, reinserção social e na promoção da saúde mental. A prevenção e a manutenção assumem um carácter de grande importância para o bem-estar da população portuguesa, sendo que a intervenção de forma precoce é uma prioridade.

As IPSS em prol da saúde mental podem colmatar a necessidade dos utentes em usufruírem de cuidados de saúde continuados. Um dos maiores obstáculos à intervenção nesta área é o estigma associado à doença mental, permanecendo a crença de que sujeitos com diagnóstico são “perigosos” ou não têm capacidades para desempenhar funções laborais, o que dificulta a reinserção e reabilitação do doente.

Tabela 1

Necessidades da população com doença mental

Profissionais de saúde	Família	Comunidade	Reabilitação
Intervenção precoce; Psicoeducação; Cuidados médicos; Apoio psicológico; Internamento.	Apoio nas crises; Apoio monetário; Prestação de cuidados; União familiar.	Combate ao estigma; Reintegração social; Apelo aos direitos Humanos.	Apoio social; Apoio à educação; Atividades vocacionais; Cuidados de dia.

Nota. OMS, 2017

Consideramos que os psicólogos clínicos têm um papel fundamental na melhoria dos cuidados prestados, identificando as necessidades individuais de cada sujeito e trabalhando-as em grupo ou individualmente. A pertinência do presente estágio baseou-se essencialmente na estabilização da doença e no acompanhamento individual continuado. Pierón (1968; citado por Leal, 2011) define a psicologia clínica como uma ciência humana assente na análise e observação aprofundada, individualmente ou em grupo. Segundo Doron e Parot (2001), foi em 1899 que, através de Freud, surgiu a expressão *psicologia clínica*, que é definida como o estudo individual de casos clínicos, com o intuito de salientar as especificidades e as alterações do funcionamento psicológico. É de extrema importância que se promova a saúde mental e que se clarifique que saúde mental não é única e exclusivamente ausência de doença mental. Uma pessoa saudável mentalmente possui um funcionamento global, experienciando adequadamente as emoções de acordo com o que está a vivenciar no momento, percebe a realidade, é resiliente e tem motivação para atingir os objetivos pessoais (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

A nossa intervenção psicológica individual e em grupo seguiu as diretrizes da abordagem centrada na pessoa (ACP), tanto nos acompanhamentos individuais como em grupo, da qual Carl Rogers foi o pioneiro. Esta abordagem tem como base três

pressupostos: uma noção do homem baseada na corrente humanista, uma forma de entrar em relação caracterizada como um encontro entre pessoas, uma abordagem fenomenológica (Rogers, 1989).

Este relatório encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico, onde se abordam as perturbações do humor, a psicoeducação, a intervenção psicológica e a ACP. Na segunda parte expõe-se todo o trabalho elaborado ao longo do estágio. Na terceira e última parte abordamos os dois casos clínicos por nós acompanhados, com uma avaliação psicológica e com a respetiva anamnese, história clínica, genograma e discussão clínica; a pertinência do trabalho em *setting* terapêutico individual foi a aceitação e a estabilização da doença, para o que nos baseámos na ACP e na psicoeducação. Terminamos com uma conclusão e reflexão sobre todo o processo de estágio.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Perturbações de Humor

As perturbações do humor são vulgarmente chamadas de perturbações afetivas, pois afetam tanto o humor como as emoções. A depressão e a mania são vistas como dois polos opostos, e são esses polos que constituem uma fronteira entre a perturbação unipolar (depressão) e a bipolar (depressão/mania). A ocorrência simultânea de episódios depressivos e de mania denomina-se estados mistos. Uma crise de mania com um grau mais baixo denomina-se hipomania e no caso de ocorrer uma oscilação rápida designa-se por ciclos rápidos (Stahl, 2013)

Tabela 2

Resumo das perturbações do humor

Patologia	Tipo	Sintomas associados
Depressão	Ligeira	Humor depressivo e tristeza; Sentimento de culpa e baixa autoestima; Fadiga e
	Grave	perda de energia (hipersonolência); Alterações da rotina do sono e do apetite;
	Moderada	Perda do interesse e do prazer;
Outras perturbações do humor	Ciclotimia	Caracterizada por hipomania e depressão ligeira
	Distimia	Caracterizada por um humor depressivo crónico e acentuado; Fraca autoestima;
Bipolar	Tipo I	Oscilação de episódios de mania, mistos ou depressivos.
	Tipo II	Alternâncias entre hipomania e depressão.
Características relacionadas com mania	Mania com ou sem sintomas psicóticos	Sentimentos de grandiosidade; Alterações da rotina de sono (pouca necessidade de dormir); Aumento necessidade de falar; Fraca concentração; Fuga de ideias; Irritabilidade;
	Hipomania	Elevações do humor; Aumento da atividade; Alterações na rotina do sono;
Perturbação esquizoafetiva	Mania; Depressão; Alucinações; Empobrecimento de pensamento; Catatonia; Disfunção social e ocupacional;	A perturbação esquizoafetiva é caracterizada por sintomas característicos da esquizofrenia, com a perda de contacto com a realidade, e por sintomas característicos das perturbações do humor, como mania ou depressão. Esta perturbação afeta tanto o humor como a perceção que o sujeito tem da realidade.

Nota (Berk, 2011; Del Porto, 1999; Telles-Correia, 2013; Frasquilho & Guerreiro, 2009; CID-10).

A saúde mental está relacionada com o bem-estar do indivíduo, com uma boa qualidade de vida, com a capacidade do sujeito enfrentar situações adversas e com a forma como se insere e relaciona na sociedade. Lembramos que, mundialmente, mais de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão, o que equivale a 4.4% da população. As perturbações mentais têm um impacto negativo na saúde e no funcionamento dos sujeitos; estas doenças podem afetar qualquer pessoa, mas o grupo de maior risco é constituído por indivíduos inseridos em situações de desemprego, pobreza, episódios de vida que provoquem sofrimento, doenças físicas e abuso de substâncias. A nível global a depressão é considerada a doença não fatal que mais contribui para a perda de saúde (7.5%); em sexto lugar neste *ranking* de contribuintes para a perda de saúde não fatal, surgem as Perturbações de Ansiedade.

1.1.1 Perturbação Unipolar

Segundo Correia (2009), Hipócrates foi o primeiro a referenciar o termo melancolia, caracterizando-o como um estado em que se verificava uma produção excessiva ou alterada de bílis negra, que estava ligada aos humores básicos. Nos finais do século XIX o termo melancolia foi gradualmente substituído por depressão. Em 1860 foi integrado nos dicionários médicos o termo depressão mental (Correia, 2013).

A doença unipolar é uma das mais frequentes na atualidade: “Pensa-se que uma em cada quatro mulheres e um em cada dez homens, podem vir a ter crises depressivas durante a vida desde a juventude até à terceira idade. A criança também pode ser afetada. O seu diagnóstico passa muitas vezes despercebido, quer por falta de reconhecimento da depressão como doença, quer porque os seus sintomas são atribuídos a outras causas (doenças físicas, stress, etc.)” (ADEB, 2017).

A alegria e a tristeza fazem parte de uma mente saudável, são respostas humanas, ditas normais, para determinados acontecimentos e adversidades. Os sentimentos de tristeza ou alegria têm uma conotação adaptativa e evolutiva, ajudam o sujeito a processar um determinado acontecimento (Del Porto, 1999).

O tratamento farmacológico para a depressão, passa pela administração de antidepressivos que, na atualidade, têm em comum a regulação do sistema de neurotransmissores. O tratamento farmacológico atua principalmente em episódios

severos ou moderados de depressão, podendo ter também o efeito ansiolítico (Pérez Esparza, 2017).

A utilização de psicofármacos no ano de 2013 em Portugal, revela que as mulheres ocupam o primeiro lugar da tabela, relativamente ao consumo de antidepressivos (13.7) e benzodiazepinas (24.3). Os homens apresentam um consumo mais baixo de 3.9 e 9.8 respetivamente (Tabela 3).

Tabela 3

Utilização de psicofármacos referentes ao ano de 2013

Psicofármacos	Homens (n=1632)	Mulheres (n=2217)
Antidepressivos	3.9	13.2
Antipsicóticos	1.7	3.0
Benzodiazepinas	9.8	24.3
Estabilizadores do Humor	0.5	0.7

Nota. DGS, 2017.

O número de utentes registados em centros de saúde em Portugal continental com perturbação depressiva tem vindo a aumentar. Entre o ano 2011 e 2016 verificou-se um aumento de 3.98%. A Direção Geral de Saúde (DGS) apontou uma meta de 25% de aumento de inscritos nos cuidados de saúde primários. Na tabela 4, verifica-se um aumento significativo, sugerindo a possibilidade de atingir a meta proposta. O aumento de inscritos indicia, também, uma maior acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde bem como uma maior sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para o diagnóstico (DGS, 2017).

Tabela 4

Percentagem de utentes com perturbação depressiva inscritos em centros de saúde

Região	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	5.42	6.61	8.03	8.86	9.23	9.83
Centro	6.88	7.88	9.06	9.73	10.29	11.14
Lisboa/V. do Tejo	3.71	5.23	5.74	6.63	7.50	8.00
Alentejo	6.05	7.23	8.74	9.62	1.30	11.13
Algarve	2.40	3.34	4.43	5.04	5.69	6.79

Nota. DGS, 2017

A prevalência da existência da comorbidade da depressão e ansiedade é elevada. A maioria dos pacientes que experienciam episódios depressivos têm elevados sintomas de ansiedade. A duração e a severidade de uma crise depressiva podem ser influenciadas de uma forma negativa quando existem, também, sintomas ansiosos (Jeon et al., 2017).

Tabela 5

Sintomas da Ansiedade

Psicológicos	Físicos
Humor ansioso, irritável, agressividade, impaciência;	Falta de ar; Tremores;
Medos;	Palpitações; Dores de estômago;
Dificuldade de concentração, alterações de memória;	Dores de cabeça; Hipertensão;
Dificuldade em dormir;	Náuseas; Sensação de desmaio;
Despersonalização;	Boca seca; Câibras;
Desrealização;	Suores; Cólicas;
Comportamentais	Diarreia; Tonturas;
Isolamento; Rituais;	Cansaço;
Abuso de substâncias;	Preceptivos
Suicídio; Evitar situações;	Ilusões, percepção deformada.

Nota. Frاسquilho & Guerreiro, 2009; Montgomery, 1993

De acordo com dados fornecidos por Carvalho (2017), no âmbito de um relatório sobre nove países da Região Europa da Organização Mundial de Saúde, em 2013 Portugal ocupa o primeiro lugar na tabela no que diz respeito a perturbações de ansiedade (16.5%), e está em quarto no que diz respeito às perturbações depressivas, registando 7.9%.

Tabela 6

Prevalência das perturbações depressivas e de ansiedade em alguns países da Europa em 2013

País	P. Depressivas	P. de Ansiedade
Portugal	7.9	16.5
Irlanda do Norte	9.6	14.6
Bélgica	6.2	6.9
França	8.5	12.0
Alemanha	3.6	6.2
Itália	3.8	5.8
Holanda	6.9	8.8
Espanha	4.9	5.9
Ucrânia	9.1	7.1

Nota. Carvalho, 2017; P. Depressivas – Perturbações Depressivas; P. de Ansiedade – Perturbações de Ansiedade

Segundo dados apresentados pela *European Alliance Against Depression* (EAAD) em 2005, mais de 90% dos suicídios ocorrem em contexto de doença psiquiátrica, evidenciando que a depressão é a doença psiquiátrica com mais prevalência. O grupo de risco, na maioria dos países, é constituído por homens idosos, porém, é o grupo das mulheres jovens que mais tenta o suicídio. O comportamento suicida provém de uma vontade de morrer, e engloba um conjunto de situações tais como a ideação, a tentativa, o suicídio consumado e o para-suicídio (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) um cenário suicida apresenta uma moldura onde se incluem a dor psicológica, perda de autoestima, falta de esperança, isolamento social e falta de motivação. O para-suicídio, considerado um ato não fatal, exemplifica-se com situações de automutilação ou a toma de medicamentos em grandes quantidades. A tentativa de suicídio é um ato praticado com o intuito da morte, mas que, por razões várias, não acontece. Em Portugal registam-se anualmente cerca de mil suicídios, com um foco triangular em Lisboa, Alentejo e Algarve. Por ano recorrem ao serviço de urgência cerca de 30 mil casos de comportamentos de suicídio.

Foi apresentado um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio pela DGS (2017a) para os anos de 2013 a 2017, dividido em duas fases, com objetivos distintos. Numa primeira fase (2013-2014) os objetivos estabelecidos foram uniformizar os registos do comportamento, caracterizar rigorosamente quais os comportamentos autolesivos e

suicidas, promover o bem-estar psicológico, diminuir o acesso a meios letais, melhorar o acompanhamento após o internamento, promover a educação em saúde mental, combater o estigma em relação à depressão, à ideação suicida, mutilação e suicídio. Já na segunda fase (2014-2017) os objetivos passaram pelo aumento do bem-estar psicológico, redução de atos e comportamentos suicidas, informação e educação da população sobre a saúde mental, aumento do acompanhamento nos cuidados de saúde primários para sujeitos com ideação suicida, comportamentos autolesivos e suicidas, criação de cuidados através de consultas especializadas em todos os distritos e aumento da investigação, correlacionando os aspetos socioculturais com o suicídio.

Segundo Werlang, Borges e Fensterseifer (2005, citado por Moreira e Bastos, 2015) comportamento suicida é considerado qualquer ato praticado por parte de um sujeito com o intuito de se lesar a si próprio. Pode-se categorizar o suicídio tripartidamente: ideação, tentativa e suicídio consumando, estando a ideação no lugar oposto ao suicídio consumado.

De acordo com o documento da DGS que estamos a acompanhar (2017b), os dados da tabela seguinte indicam que os homens são mais propensos a autolesionarem-se intencionalmente. As taxas referentes a Portugal centram-se maioritariamente na zona sul com o Alentejo a evidenciar os valores mais altos, quer nos homens (43.6%) quer nas mulheres (10.6%), e afetam maioritariamente os idosos (DGS, 2017a).

Tabela 7

Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente referente ao ano de 2015

Região	Mulheres	Homens
Norte	3.3	11.3
Centro	5.7	19.9
Área Metropolitana de Lisboa	5.4	15.0
Alentejo	10.6	43.6
Algarve	5.2	26.8

Nota. (DGS, 2017b).

A nível global o suicídio é responsável por uma taxa de mortalidade de 16 por 100.000 pessoas, sendo considerada a 13^a causa de morte; a terceira no grupo etário dos 15-34 anos e a segunda entre os 15-19 anos (DGS, 2017a). A dimensão do problema na Europa é de tal forma que a taxa anual de suicídios ultrapassa a das vítimas mortais em acidentes de viação: “Nos 27 países da União Europeia a taxa média de suicídio por 100.000 habitantes foi, em 2010, de 9,4 enquanto o número de mortes por acidentes de viação foi de 6,5 por 100.000 habitantes” (DGS, 2017a, p.16).

Em Portugal constata-se um crescimento de 0.6% entre 2010 (10.3%) e 2015 (10.9%), com um ponto alto em 2014, quando a percentagem atingiu 11.7%. (DGS, 2017b).

1.1.2 Perturbação Bipolar

Os episódios de mania afetam acentuadamente o humor e funções como o sono, a energia, a cognição e a psicomotricidade do sujeito, que fica eufórico, muito enérgico, projeta várias atividades em simultâneo, a libido aumenta, o pensamento acelera e dilata-se a vontade de falar, manifestando ideias que podem ser de grandeza ou delirantes (Moreno et al, 2005).

O sintoma com maior prevalência em crises de mania é o de um humor irritável, elevado e expansivo. No início desta fase o sujeito sente-se mais feliz do que o habitual, mais social, mais confiante, mais criativo e mais ativo. Com o avançar da fase de mania o sujeito começa a experienciar uma irritabilidade extrema (principalmente quando quem o rodeia não o compreende ou não o consegue acompanhar), surgem alterações emocionais repentinas, o sujeito fica com mais energia, perde a vontade de dormir, pode experienciar delírios e pensamentos de grandeza, experiência um aumento de desejo sexual e pode ocorrer uma perda de noção da realidade (ADEB, 2017).

No tratamento biológico da perturbação bipolar são utilizados anticonvulsionantes, benzodiazepinas, lítio e antipsicóticos, com o objetivo de controlar a sintomatologia aguda e o comportamento. Para além do tratamento farmacológico, deve ser utilizada também uma avaliação psicológica através de questionários de autoavaliação e de escala do humor. Se o paciente apresentar ideação suicida, deve ser encaminhado para o médico psiquiatra e ser monitorizado para evitar tentativas de suicídio. Uma boa aliança terapêutica entre os profissionais de saúde, o doente e a família/cuidadores é algo

fundamental para a estabilização da doença. A psicoeducação tem um papel central na estabilização da doença, fornecendo um melhor conhecimento desta, tanto para o doente como para os familiares e cuidadores, facilitando a adesão à terapêutica e evitando recaídas (Moreno et al., 2005).

O objetivo principal da intervenção psicológica é a prevenção de recaídas, a promoção do aumento da capacidade de *coping*, a redução das variações de humor e o aumento de capacidades sociais e de comunicação, ainda que não seja tão eficaz durante uma crise aguda. Sujeitos com o diagnóstico de perturbação bipolar possuem crenças e comportamentos disfuncionais perante a doença. A utilização da psicoeducação pode alterar de uma forma positiva este tipo de comportamentos, diminuindo o impacto dos sintomas negativos e aumentando a aderência à terapêutica medicamentosa. O tratamento farmacológico engloba a utilização de antipsicóticos atípicos, antidepressivos e estabilizadores de humor. Relativamente aos antipsicóticos são maioritariamente utilizados para o tratamento de crises agudas de mania. Os antidepressivos intervêm no tratamento das fases depressivas e os estabilizadores de humor nas oscilações do mesmo. Segundo Jabal e colegas (2018) o tratamento com antidepressivos deve ser suspenso após a remissão da crise depressiva, e para a prevenção de recaídas podem ser utilizadas várias estratégias eficazes: o fomento da responsabilidade do paciente perante o seu próprio programa de tratamento é fundamental; em conjunto com um profissional de saúde o sujeito pode delinear um plano de ação perante uma crise, construir um gráfico do humor para monitorizar qualquer alteração ou um diário para controlar doses da medicação, horas de sono e acontecimentos significantes do dia-a-dia.

O modelo psicoeducativo funciona como uma intervenção no tratamento de doenças mentais, e surge a partir do trabalho com famílias de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, através dos trabalhos George Brown (1972): quanto mais os familiares são intolerantes à doença mais frequentes são as recaídas dos doentes. Certos tipos de comportamento específicos por parte dos familiares podem provocar recaídas e o agravamento de sintomas da doença; um dos principais objetivos deste modelo é diminuir a carga negativa que o doente representa para a família. A psicoeducação poderia definir-se como uma ferramenta terapêutica que proporciona aos familiares informação específica acerca da doença, tratamento e técnicas para enfrentar os problemas. O psicólogo/facilitador além de transmitir informação detalhada e relevante sobre a doença, esclarece as dúvidas do grupo (Albarrán & Macías, 2007).

Segundo Builes e Bedoya (2006) a psicoeducação ajuda as famílias a trabalhar competências e potencialidades, informando-as sobre a etiologia, percurso, sintomas e tratamento da doença.

De acordo com Anderson, Hugarty e Reiss (1980) o grupo deve planejar reunir-se cinco vezes. Na primeira sessão são discutidas as crenças que os familiares têm em relação à doença. Na segunda são fornecidas informações sobre a doença (sintomas, tratamento, etc.). Nas sessões seguintes os membros do grupo são encorajados a fazerem relatos sobre a vivência com a doença. Na sessão final é realizada uma reflexão sobre os tópicos trabalhados e são discutidas estratégias para lidar com futuras crises. Os autores seguem as seguintes etapas:

1. Ajudar a família a aceitar que um dos seus elementos sofre de uma determinada patologia com sintomas associados podendo afetar o comportamento do sujeito.
2. Educar a família com o intuito de conseguir identificar a sintomatologia associada à doença, pois a identificação precoce de um episódio é muito importante para a sua estabilização.
3. Dar a entender à família que a doença tem um impacto na estrutura familiar.
4. Discutir as mudanças da dinâmica familiar quando ocorre uma crise.
5. Ajudar a família a identificar se há outros familiares com a mesma doença.
6. Elucidar sobre as mais-valias que o tratamento preventivo a longo prazo tem na vida do doente.
7. Explicar que o tratamento farmacológico tem uma enorme importância na estabilização da doença.
8. Ajudar a família a identificar os efeitos colaterais da terapêutica medicamentosa e a diferenciá-los da sintomatologia associada à doença.

A psicoeducação é uma ferramenta profilática fundamental, cujo reconhecimento é crescente, pois para além de ajudar a prevenir recaídas e futuros internamentos, auxilia os participantes a gerir os medos, as dúvidas, a baixa autoestima, a tristeza, a angústia e o estigma, indo de encontro a um direito básico dos doentes: o de serem informados sobre a própria doença (Colom & Vieta, 2004).

É importante referir que as famílias e os cuidadores são a fonte primária de cuidado para os doentes mentais, e muitas das vezes não possuem o conhecimento necessário e adequado sobre a doença, têm crenças enraizadas, devido a mitos e ao

estigma que a doença mental transporta. Tudo isto pode levar a uma maior dificuldade em enfrentar a doença o que conseqüentemente leva a um aumento da tensão no seio familiar, ao isolamento e a sintomas depressivos (Pali, Koutoungelos, Richardson & Economou, 2015).

Numa breve revisão da literatura feita com o intuito de avaliar a eficácia da psicoeducação em sujeitos com o diagnóstico de doença mental, constatou-se que a psicoeducação melhora a aderência ao tratamento, reduz o número de recaídas e de internamentos e melhora significativamente o conhecimento que o sujeito tem sobre a sua doença.

Tabela 8

Breve revisão bibliográfica sobre a eficácia da psicoeducação

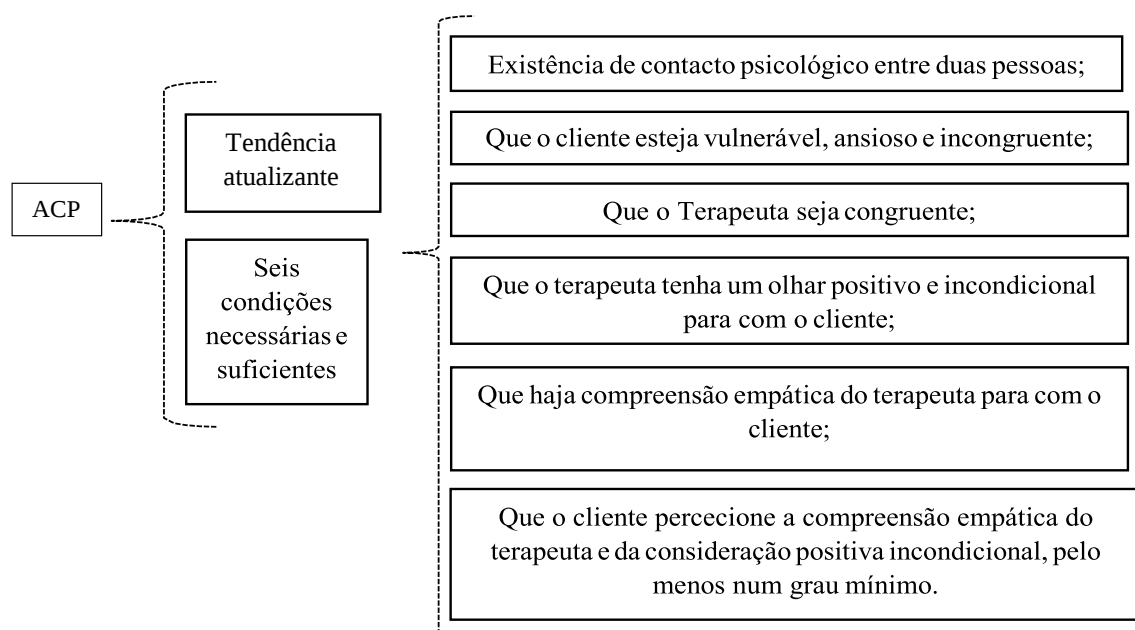
Referência	Método	Resultados
Castro, Larroy e Gómez (2010)	Adolescentes (Eating Disorder Examination (EDE), Bulimic Investigatory Test (BITE), Revised Symptom Checklist-90 (SCL-90 R), Diário Alimentar). Pais (Revised Symptom Checklist-90, questionário sobre os hábitos alimentares familiares, questionário de percepção de controlo do problema alimentar, questionário de observação da conduta bulímica.	Estudo com 21 adolescentes com diagnóstico de bulimia nervosa e os seus respetivos pais. Grupo de controlo: 17 adolescentes com o mesmo diagnóstico, mas cujos pais não foram inseridos em grupos psicoeducativos. Houve uma maior redução de sintomas no grupo experimental do que no grupo de controlo
Menezes e Souza (2012)	Estudo de caso, qualitativo. Doze sujeitos com PB participaram num grupo psicoeducativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e trabalhadas por meio de Análise Temática.	Comprovou a aquisição de conhecimentos sobre a doença, melhor consciencialização da mesma, melhoria na adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, aquisição de estratégias, partilha de experiências.
Sharif Mahmoudi Alavi Vossoughi (2016)	A intervenção foi feita com 40 famílias iranianas (38 mães e 2 pais) de adolescentes com BP.	O estudo confirma a eficácia da psicoeducação centrada na família e uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos.
Kolostoumpis, Bergiannaki, Peppou, Louki, Fousketaki, Patelakis, & Economou, (2015)	O estudo foi feito na Grécia com dois grupos ao longo de sete sessões (o de intervenção e o de controlo). E contou com duas fases (a fase de tratamento e o follow-up)	Indica que a psicoeducação em cuidadores de doentes com PB tem um impacto positivo na medida em que dá conhecimento sobre a doença, reduz a carga e alivia o stress.
Çuhadar, Olcay Çam, (2014)	Este estudo experimental (Turquia) teve o objetivo de determinar a eficácia da psicoeducação na redução do estigma interno dos doentes. Incluiu 47 pacientes.	O estudo concluiu que a psicoeducação tem um efeito positivo neste tipo de população reduzindo o estigma internos dos doentes com diagnóstico de perturbação bipolar.

Distinta da psicoeducação, a ACP é caracterizada por ser não-diretiva, o papel do terapeuta centrar-se em desenvolver e encontrar capacidades e respostas para os problemas do cliente e não tanto em guiá-lo ou aconselhá-lo. A não diretividade permite ao cliente uma auto-organização e uma autodireção que conseqüentemente leva a uma evolução das potencialidades pessoais do indivíduo. Segundo Hipólito (2011) e Bozarth (1998) Carl Rogers denomina esta capacidade de evoluir como tendência atualizante, e defende que para a existência da mudança é necessário estarem reunidas seis condições, pois se alguma falhar o processo de mudança fica comprometido:

1. Existirem duas pessoas em contacto psicológico, um terapeuta e um cliente. Neste contacto o terapeuta baseia-se em três atitudes, a congruência, um olhar positivo incondicional, e uma compreensão empática do quadro de referências do cliente.
2. A existência de alguém incongruente, neste caso o cliente (vulnerável e ansioso), que pede ajuda.
3. Um terapeuta congruente, em harmonia consigo próprio e integrado na relação terapêutica com o cliente;
4. Um olhar positivo e incondicional do terapeuta para com o cliente;
5. O terapeuta compreende o quadro de referências interno do cliente, e faz um esforço para transmitir tal compreensão;
6. O terapeuta deve responder empaticamente ao cliente.

O modelo pode ser apresentado da seguinte forma:

Figura 1. Resumo do modelo teórico (ACP)



A abordagem não-diretiva “...parte de conceitos que têm como base o impulso individual para o crescimento e para a saúde. Dá maior ênfase aos aspetos de sentimento do que aos intelectuais, enfatiza o presente do indivíduo em vez de seu passado, tem como maior foco de interesse o indivíduo e não o problema, e toma a própria relação terapêutica como uma experiência de crescimento” (Moreira, 2010, p. 538).

No que diz respeito à teoria, a Terapia Centrada na Pessoa pode ser expressa como a existência no cliente de uma capacidade motivadora para o crescimento e para a mudança, e o terapeuta deve exprimir autenticidade através de um olhar incondicionalmente positivo e compreender empaticamente o cliente a partir da estrutura interna do mesmo (Bozarth, 1998).

Segundo Rogers (1957) quando nos referimos a atitudes por parte do terapeuta para com o cliente, estamos a falar de congruência ou autenticidade (o terapeuta na relação com o cliente é fiel a ele próprio, é verdadeiro); olhar positivo incondicional (o terapeuta aceita genuinamente o cliente); a compreensão empática (o terapeuta sente e entra no mundo do cliente como se fosse o seu) (Bozarth, 1998).

A Abordagem Centrada na Pessoa passa pela percepção do Homem como ser livre e com a capacidade de crescer individualmente perante as adversidades que lhe vão surgindo ao longo da vida. Este crescimento é algo que lhe é natural e lhe permite sobreviver e desenvolver as suas potencialidades. A relação terapêutica é baseada neste conjunto de premissas e redefine o papel do terapeuta, que deixa de ser visto como um repositório de técnicas e de instrumentos e passa a ser definido pelas suas atitudes de valorização do cliente, e pela confiança na capacidade do mesmo superar as incongruências. Um terapeuta verdadeiro e autêntico é fundamental, visto que a relação terapêutica é sobretudo humana (Santos, 2005).

A tendência atualizante espelha-se primariamente na construção do sujeito como ser, um organismo que se transforma em pessoa. Comparando o ser humano aos outros seres vivos, ressalta-se o facto de o mesmo possuir competências que lhe permitem a propagação de informação de uma maneira distinta. Inicialmente o processo de desenvolvimento é inerente à presença de condições congruentes para tal. Condições estas que pode ter um carácter biológico ou psicológico. O desenvolvimento embrionário está sujeito a perturbações que podem provocar enviesamentos no processo de desenvolvimento e atualização das potencialidades deste ser. Sendo que o a maturação do sistema neurológico impulsiona a promoção do *self*. Os traumas que ocorrem no decorrer da vida podem enviesar o desenvolvimento das potencialidades individuais do sujeito,

que num plano ideal seriam desenvolvidas a um nível máximo. No sentido de extrapolar as disfunções provocadas por estes traumas é necessário recorrer a medidas como por exemplo a utilização de psicofármacos (Hipólito, 2011)

Segundo Pessotti (2006) e Schneider (2009) para Rogers, e no que diz respeito à psicopatologia, é fundamental estabelecer-se uma relação interpessoal para que o cliente seja visto na sua totalidade e não como um mero diagnóstico. O destaque vai para o indivíduo como pessoa, deixando num segundo plano o adoecimento (Pessotti, 2006; Schneider, 2009).

A Psicopatologia Fenomenológica procura compreender a dimensão existencial do homem que adoece mentalmente, não se focando unicamente num diagnóstico, mas abrangendo toda a dimensão que esse diagnóstico provoca no sujeito (Pessotti, 2006; Schneider, 2009). O foco será a forma como se manifesta e que significado tem para quem está a experienciar, ou seja, é refutada uma abordagem que negligencie a pessoa (Pessotti, 2006; Schneider, 2009).

O campo experiencial do sujeito está em constante mudança sendo constituído por todas as experiências vividas. A teoria da personalidade de Rogers é baseada no seguinte: a realidade do sujeito é individual, sendo moldada pela sua própria perceção; o sujeito reage às situações de uma forma holística (exemplo, situações stressoras desencadeiam reações fisiológicas); possui uma tendência interna para se atualizar e crescer independentemente das adversidades; toda a e qualquer ação tem a finalidade de satisfazer as necessidades orgânicas (sejam elas de ordem fisiológica, emocionais, sociais, etc), a emoção é um propulsor para a ação sendo a intensidade da mesma estará relacionada face a interpretação do sujeito perante as situações; para perceber o comportamento do outro é necessário a compreensão segundo seu quadro de referencias interno; ao longo do crescimento do individuo existe uma diferenciação do self, entre a consciência de si, do corpo e do campo experiencial; a estruturação do self ocorre sob a influencia do ambiente e das interações sociais; a formação inicial do self dá-se não só pela experiência individual, mas também através dos valores e condutas transmitidos pelos pais, que o sujeito assume como dele; à medida que o individuo se desenvolve simboliza ou não determinadas experiências relativamente à estrutura do seu self podendo ocorrer uma simbolização distorcida que poderá originar incongruências (exemplo: quando um sujeito recebe um elogio mas não se identifica com o mesmo, pois apenas a opinião contrária é congruente com a imagem de si, moldando assim o seu comportamento); a incongruência pode ser sentida com uma ameaça ou ansiedade; a desadaptação dá-se quando se

experiencia a incongruência entre o self real e o ideal; a adaptação das incongruências ocorre quando existe uma simbolização da experiência como sendo congruente com o self real; a autoaceitação do indivíduo proporciona uma melhor aceitação do outro. Podemos concluir que um sujeito saudável tem consciência do seu self, estando aberto ao processo dinâmico da experiência (Rogers, 2004).

Para Rogers, todos os indivíduos, inclusive em casos de doença mental, têm dentro de si uma tendência atualizante (Pessotti, 2006; Schneider, 2009). Apesar de ser algo inato tem de ser estimulada para que ocorra uma mudança significativa (Pessotti, 2006; Schneider, 2009).

PARTE II

TRABALHO DE ESTÁGIO

2.1 Projeto e Cronograma

O estágio teve a duração de dez meses e um total de 456 horas: iniciou-se no dia 17 de outubro de 2016 e terminou no dia 25 de julho de 2017.

Ao longo do estágio foi possível acompanhar dois casos clínicos, fazer uma avaliação psicológica, ingressar no grupo de gestão de stress e ansiedade, em quatro grupos psicoeducativos e participar em atividades dirigidas para o bom funcionamento da instituição.

Este estágio teve como objetivo a aprendizagem de conteúdos e conhecimentos inerentes à prática clínica, à psicoeducação, às perturbações do humor e à avaliação psicológica. O projeto apresentado englobava: a) participação ativa nos grupos; b) acompanhamento de dois casos clínicos; c) avaliação psicológica de um dos casos; d) realização de tarefas de forma autónoma inerentes ao funcionamento da associação; e) linha de apoio SOS. Todas as atividades foram supervisionadas com reuniões semanais pelo orientador de estágio.

A primeira etapa, foi essencialmente de integração, aprendizagem e dupla observação; por um lado foram observadas as tarefas diárias da associação, desde os atendimentos telefónicos às marcações de consultas; por outro lado, iniciou-se uma fase de observação mais técnica com a integração no grupo psicoeducativo para familiares de doentes bipolares e com a participação nas avaliações primárias. Esta primeira fase foi fundamental para a aquisição de conhecimentos referentes à associação e às temáticas que lhe são inerentes.

Numa segunda fase, iniciou-se a participação ativa nos grupos psicoeducativos para doentes bipolares e depressivos e no de gestão de stress e ansiedade, participação essa que nos permitiu a elaboração de materiais educativos e a direção de várias sessões.

A participação nas sessões de avaliação primárias, assumiu um carácter mais participativo, com a recolha de dados para a proposta de sócio, explicando o funcionamento da instituição, identificando e explorando o pedido do utente. Foram-nos atribuídos dois casos clínicos, que acompanhámos ao longo de três meses e uma semana, durante os quais foi recolhida a história clínica, a anamnese e foi feita uma avaliação psicológica. Ainda no decorrer da fase ativa estivemos na linha de apoio SOS.

Tabela 9

Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio

Atividade	Duração
Observação do funcionamento da instituição	Outubro a dezembro
Grupo Psicoeducativo para familiares de doentes bipolares	Outubro a dezembro
Observação das Avaliações Primárias	Janeiro a abril
Atendimento telefónico e marcações de consultas	Dezembro a julho
Grupo de gestão de stress e ansiedade	Maio
Primeiro Grupo psicoeducativo bipolar	Outubro a dezembro
Segundo Grupo psicoeducativo bipolar	Março a abril
Grupo psicoeducativo unipolar	Outubro a dezembro
Acompanhamento individual	Maio a julho

A associação é composta por várias valências. Existem quatro psicólogos que procuram responder às necessidades de cada utente. Para além de existir um acompanhamento individual, a associação oferece um leque variado de grupos e atividades que os utentes podem integrar.

Os grupos psicoeducativos (GPE) são elaborados pelo psicólogo responsável pelo grupo; apesar de existir um programa, cada temática é desenvolvida e explorada de acordo com as necessidades dos membros do grupo, promovendo espaço para a partilha pessoal. O psicólogo fornece aos membros uma série de ferramentas práticas para os ajudar a lidar com o diagnóstico, melhorar a adesão à terapêutica, compreender e identificar os sintomas de crise. Estes grupos são direcionados para utentes com o diagnóstico de perturbação bipolar ou depressão e para os seus familiares/ cuidadores. Os grupos terapêuticos de stress e ansiedade (GTSA) têm o objetivo de ajudar os membros a reestruturar padrões de pensamento, ensinar e promover técnicas de relaxamento.

O psicólogo trabalha com uma equipa multidisciplinar que lhe permite, por exemplo, reencaminhar uma situação para o gabinete de apoio jurídico onde, em conjunto com os serviços sociais e um advogado, o utente pode ser aconselhado e expor as suas dúvidas. No caso de um utente necessitar de apoio e orientação profissional, o psicólogo encaminha-o para o Grupo de Entreatuda para a Procura de Emprego (GEPE) dirigido pela assistente social, que tem como função o apoio na procura de emprego, divulgação de ofertas, encaminhamento para formações e ações de empregabilidade.

No âmbito sócio ocupacional são realizadas atividades destinadas ao desenvolvimento pessoal e atividades de tempos livres (yoga, grupo musical, escrita ou

pintura); participação na revista da associação com artigos e notícias relevantes e atuais sobre as perturbações do humor. Atividades coordenadas pelos psicólogos que acumulam com responsabilidades administrativas relativas ao funcionamento da instituição. Ao longo do estágio tivemos a oportunidade de colaborar e prestar apoio em todas estas atividades.

2.2 Trabalho ao Longo do Estágio

2.2.1 Grupo psicoeducativo para familiares de doentes bipolares

O Grupo Psicoeducativo para familiares de doentes bipolares permitiu-nos compreender de que forma a psicoeducação é uma ferramenta eficaz tanto para a estabilização da doença, como também na aquisição de competências para lidar com a mesma. A riqueza de partilhas pessoais permitiu-nos ver a doença pelos olhos dos familiares, com graus de parentesco muito próximos, todos filhos, à exceção de uma participante, cujo doente familiar era a mãe. Inicialmente o Grupo era constituído por doze elementos (tendo-se verificado uma desistência) com a participação de género de dez mulheres e dois homens. Ocorreram cinco sessões que cumpriram a seguinte programação:

Tabela 10

Programa do grupo para familiares

Sessão	Temáticas
1 ^a	Apresentação; Quais as expectativas dos membros do grupo; A importância da psicoeducação; O que é a patologia bipolar;
2 ^a	Os fatores etiológicos e desencadeantes da doença bipolar; a mania; a hipomania
3 ^a	Depressão e estados mistos; O suicídio;
4 ^a	Medicação; Substâncias psicoativas; Estigma;
5 ^a	Prevenção da recaída; Detecção precoce dos sintomas; Plano de ação em situação de crise; Regularidade dos hábitos e estilos de vida.

Numa perspetiva muito prática, e já há algum tempo, não existia local para os encontros deste grupo. Nesta medida, a Universidade Autónoma de Lisboa facilitou um espaço para o decorrer do grupo e, por outro lado, garantiu ainda a realização de um

estudo qualitativo com as famílias integrantes do mesmo. Assim, constituiu-se um grupo de observação não participativa, composto por três observadoras, que redigiram três diários de campo distintos, posteriormente analisados fenomenologicamente à luz do modelo *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). Após esta análise promoveu-se uma discussão em conjunto com um quarto elemento que não participou nas sessões de observação. Desta discussão surgiram grandes temas e categorias comuns e consensuais a todos os observadores.

A IPA (*Interpretative Phenomenological Analysis*), é um método qualitativo fenomenológico, que inclui uma descrição reflexiva dos participantes. Tem como objetivos, explorar o significado que o observador dá à situação onde se encontra. A pertinência é relevante para a psicologia, pois procura compreender as experiências dos sujeitos. Apesar de ser uma metodologia interpretativa, considera-se que tem uma maior validade, pois é submetida a uma reflexão de três juízes. Este método, apesar de interpretativo, confere uma maior validade aos dados / estudos (Larkin & Thompson, 2012). Posteriormente, esta metodologia será desenvolvida com a colaboração de outros intervenientes.

O método utilizado para a análise dos diários foi qualitativo fenomenológico. À priori, fizemos de forma individual uma leitura flutuante de todos os diários, o que nos permitiu ter uma ideia genérica dos temas e das partilhas neles contidos. À posteriori, procedemos à codificação, ou seja, numa análise linha a linha, identificámos as unidades de sentido. Através dos significados retirados das codificações conseguimos identificar os padrões emergentes, que são denominados como temas. Após toda esta análise individual, o grupo reuniu-se e dialogámos sobre todo o processo acima referido. Em conjunto procedemos ao desenvolvimento de uma tabela que nos permitiu organizar todos os temas com o objetivo de observarmos o panorama geral.

Tabela 11
Resultados da IPA

Temas	Categorias	Sub-categorias	Exemplos
Questões	Preocupações	Presente Futuro	<i>“o que irá acontecer quando eu não estiver cá” (sic)</i> Elaborar um plano de ação
	Estratégias de intervenção Suicídio		
	Distinção entre doença e personalidade		<i>“quando acaba a doença e começa a personalidade” (sic)</i>
Partilha	Experiências	Suicídio Internamentos Sintomas agudos Medicação	<i>“tive de chamar a polícia, pois como vivo junto a uma estação de comboios temi pela vida do meu filho” (sic)</i>
	Sentimentos	Angústias Medos Revolta Frustração – não aceitação Culpa Responsabilidade Esperança Conformismo	<i>“a doença será culpa da educação” (sic)</i>
Expectativas	Relacional	Lidar com o doente Aproximação afetiva Melhorar a comunicação Quebrar o isolamento	
	Diminuir estigma	Próprio e dos outros	Participação no grupo psicoeducativo
	Conhecimento sobre a doença	Doença vs personalidade Identificação sintomas	
Avaliação	Positiva	Clarificação	<i>“aprendi muito com o grupo” (sic)</i>
Dinâmica de grupo		Esperança Partilha histórias/experiências Identificação	Identificação entre os elementos

As sessões do grupo decorreram da forma como se enuncia, resumidamente, a seguir:

1ª sessão

Na primeira sessão foi feita uma apresentação de todos os membros. Na maior parte dos casos a doença tinha surgido entre os 30 e os 40 anos à exceção de um doente cujos primeiros episódios surgiram por volta dos 20 anos. Os familiares ao apresentarem-se indicaram o grau de parentesco com a pessoa com diagnóstico, falaram do início da doença, do seu percurso até à data, das crises, internamentos e frisaram bem a personalidade dos seus familiares.

O primeiro elemento do grupo a iniciar o diálogo foi uma senhora que tinha um filho com diagnóstico bipolar, sobre o qual falou um pouco; relatou um episódio psicótico, evidenciando algum sofrimento na voz: *“estava na cozinha e o meu filho chega ao pé de mim com os animais de estimação ao colo e diz: tira-os daqui ou eu mato-os e também te mato a ti” (sic)*. A senhora afirmou que, de certa forma, fez frente ao filho respondendo *“então mata-me” (sic)*; o filho apertou-lhe o pescoço e ela empurrou-o sem esforço, o tendo ficado com a percepção que ele não lhe queria fazer mal.

O segundo elemento a apresentar-se foi uma senhora que tinha uma filha com diagnóstico bipolar, e começou por partilhar a informação que a filha tinha noção que tinha uma doença, visto que se tinha diagnosticado a si própria. Em seguida apresentou-se um casal, cujo relato incidiu sobre o filho que durante algum tempo manifestou um comportamento fora do normal; após não conseguirem contactar com o filho durante algum tempo, procuraram-no na sua casa e depararam-se com um cenário de destruição: *“a casa estava toda destruída e as paredes estavam escritas” (sic)*, tendo-se visto obrigados a recorrer ao internamento compulsivo.

A senhora seguinte monopolizou o tempo, demonstrando uma grande necessidade de falar; era a única pessoa estrangeira, oriunda do Brasil, e veio para Portugal confiante num tratamento para uma doença degenerativa de que sofria. O filho doente, com vinte anos, ficou à responsabilidade do pai. Tendo deixado de receber notícias do filho durante algum tempo, pediu ao pai que o deixasse vir para Portugal; no dia da viagem o filho teve um surto psicótico e a senhora foi obrigada a regressar ao Brasil, tendo descoberto que o jovem já tinha tido outro internamento. Esta senhora ao longo do discurso refere várias vezes não acreditar em medicação para a estabilização da doença bipolar. Quando o filho

ficou melhor vieram os dois para Portugal em busca de um tratamento alternativo. Esta foi a única participação desta pessoa no grupo, tendo desistido.

Em seguida apresentou-se uma outra senhora cuja mãe tem um diagnóstico de perturbação bipolar tipo II; no seu historial familiar regista-se um tio que cometeu suicídio e um irmão com doença mental. Para ela foi muito complicado crescer com uma mãe doente, tendo referido o peso da dependência e a situação da inversão de papéis.

A próxima senhora relatou a história da filha, bipolar, que desaparece durante longos períodos de tempo sem dar notícias, o que lhe cria grande preocupação.

Registou-se também a participação de uma senhora, acompanhada pelo marido, que se mostrou muito transtornada tendo passado a sessão a chorar, em evidente transtorno. O casal tem um filho com perturbação bipolar que “*está a passar uma fase muito complicada*” (sic), potenciada pelo fato da relação com a ex-companheira, com a qual tem uma criança, ser instável principalmente agora que a mesma abandonou Portugal, tendo ido para o Brasil com a criança.

Por fim interveio uma senhora, sócia da associação há muito tempo, mãe de um homem que não aceita o seu diagnóstico de perturbação esquizoafetiva.

Todos os elementos referiram que tinham alguma dificuldade em lidar com a doença dos familiares, e que se tinham inscrito no grupo com o objetivo de melhor compreender esta perturbação, de melhorar a dinâmica familiar e de conseguir fazer a distinção entre a doença e a personalidade. É de notar que no início da sessão os familiares estavam com alguma dificuldade em iniciar a partilha, mas o fato de se identificarem com os relatos uns dos outros fez com que crescesse a confiança e a vontade de partilhar.

2ª sessão

Na 2ª sessão foi levantada a dúvida sobre se o comportamento da pessoa com diagnóstico se deve à personalidade ou à doença? A resposta não foi unânime. Mas é de ressaltar que a maior parte dos familiares associa os comportamentos relacionados com a agressividade e com o fraco controlo dos impulsos à doença. O casal, que identificámos como avós na 1ª sessão, foi sempre reforçando a ideia de que associam o comportamento do filho à sua personalidade e não ao diagnóstico. A psicóloga explica que deve haver uma certa responsabilização pelos atos do doente, pois nem tudo se deve à doença. Nesta sequência surgiu uma outra questão: o desenvolvimento de uma perturbação bipolar pode

estar relacionado com uma “má educação” dos pais para com os filhos? Em resposta o grupo partilhou histórias sobre o início da doença e teorias sobre as suas causas, num contexto de sentimento de culpa, onde alguns colocaram a questão sobre se teriam tido influência no aparecimento da doença: *“será que a educação que eu dei ao meu filho influenciou o estado dele?” (sic).*

3ª sessão

A 3ª sessão teve um cariz mais pesado. Foram partilhadas situações onde os familiares tiveram que lidar com tentativas de suicídio. Uma das senhoras relatou um episódio em que o filho fugiu de casa, despido, e começou a correr, *“tive de chamar a polícia, pois como vivo junto a uma estação de comboios temi pela vida do meu filho” (sic).* Foi explorada uma questão muito importante: o medo que existe em abordar a temática da ideação suicida, pois alguns dos membros pressupunham que se falassem com os seus familiares sobre o tema, poderiam provocar-lhes ideias compatíveis com a vontade de morrer. A psicóloga tranquilizou o grupo informando que não se deve ter receio de abordar o tema.

4ª sessão

Na 4ª sessão foi discutida a terapêutica medicamentosa, com os membros a partilharem os medicamentos que conheciam, a opinarem sobre os mais e os menos eficazes e os que eram usados em situação de SOS. Realçou-se a importância de nunca abandonar a terapêutica, pois a estabilização da doença só é possível cumprindo escrupulosamente o plano medicamentoso, devendo acautelar-se a ajuda da família para com os doentes que têm dificuldade em fazer as tomas certas sozinhos; por vezes o estigma associado à toma de medicamentos psiquiátricos pode ser um fator de perturbação da toma certa, pois os efeitos secundários, como a sonolência, boca seca, aumento de peso e a dificuldade de concentração, podem prejudicar e alimentar a crença de que os medicamentos fazem pior. Uma boa relação com o médico psiquiatra pode prever casos de abandono da toma de medicamentos, sendo fundamental para uma boa adesão à terapêutica.

O estigma associado a estas doenças não é só por parte da sociedade, mas também se verifica na família e no próprio indivíduo, sendo crucial a precoce aceitação da doença para se garantir um tratamento melhor e mais eficaz. A doença não tem cura e é importante que os familiares e os doentes tenham consciência que, se por um lado vão

tomar medicação para o resto da vida, por outro, essa medicação também lhes trará estabilização da doença.

5ª sessão

Na 5ª sessão foi referido com frequência que a prevenção de uma recaída só é possível quando existe um bom conhecimento da doença, e a deteção precoce dos sintomas é um dos aspetos essenciais para prevenir qualquer recaída. Mencionaram-se duas ferramentas importantes - o diário do humor e o calendário de crises – pois ambos permitem a deteção precoce de crises. Tendo em conta que os estilos de vida influenciam muito a doença, é importante haver rotinas bem definidas e saudáveis; no que diz respeito às rotinas de sono significativo que os doentes tenham uma boa noite de sono, pois a falta de dormir pode espoletar uma crise.

Reflexão pessoal

O grupo estava muito bem planificado, e as temáticas revelaram-se estruturadas de acordo com o interesse e dúvidas dos membros. Apesar do objetivo essencial do grupo ser a partilha de informações e de conhecimento, existiu sempre abertura para cada membro se expressar e reflectir pois, embora no âmbito de qualquer doença seja o doente o foco, mas ao seu redor existe uma rede de pessoas que vivem igualmente a doença e são afetadas por ela. A existência de um grupo onde o destaque sejam os familiares dos doentes é crucial para a manutenção da saúde mental, seja ela para os doentes ou para os próprios cuidadores.

Em face do diagnóstico de doença mental algumas famílias sentem-se incapazes de cuidar do sujeito que está doente e essa incapacidade pode levar a um grande sofrimento. Os estados de angústia familiares podem aumentar devido a um deficiente ou fraco entendimento da doença, que pode passar, por exemplo, por incompreensão da sintomatologia e das mudanças de comportamento do doente (Almeida, Felipes & Dal Pozzo, 2011).

A saúde e a doença estão presentes em todas as famílias, o que muda é a forma como cada família lida, se relaciona e comunica perante uma situação de crise. Diante de um diagnóstico de doença mental de um filho, contrária à expectativa natural de saudabilidade e aptidão para desempenhar o seu papel na sociedade, toda a dinâmica familiar se transforma e surge um obstáculo que a família encara como algo impossível de se ultrapassar. A culpa, o isolamento social, o pessimismo, a gravidade da doença e a

duração dos sintomas, provocam um grande desespero e muitas dificuldades a nível da comunicação dentro da própria família. Se os membros da família se armarem com conhecimentos e técnicas vão assumir um papel de apoio para o doente, e quando existe esta perceção o foco da família passa a ser a busca de ferramentas que fortaleçam as relações entre a família, o doente e os serviços disponíveis fora do âmbito familiar (Trombetta, Ramos & Misiak, 2015).

Este grupo teve um grande impacto positivo na nossa aprendizagem, desde logo por ter sido a primeira atividade por nós ingressada, sustentado duplamente na elaboração dos diários de campo e na nossa participação como observadoras, permitindo-nos adquirir conhecimentos fulcrais sobre as temáticas principais do estágio.

2.2.2 Grupo de gestão de stress e ansiedade

O grupo de gestão de stress e ansiedade, criado para colmatar uma necessidade dos utentes, foi constituído por um psicólogo, quatro utentes da associação e nós. O programa foi dividido em quatro sessões e decorreu ao longo de duas semanas.

O grupo foi constituído por quatro utentes da instituição, que no passado tinham ingressado em grupos psicoeducativos. O objetivo principal foi a aquisição de estratégias para facilitar a gestão do stress e da ansiedade. O stress e a ansiedade podem ter efeitos colaterais nas perturbações do humor, sintomas presentes em inúmeros utentes ao longo da nossa intervenção, com relatos de sujeitos que não conseguiam manter uma rotina diária normal devido à ansiedade. Os membros do grupo experienciavam estes sintomas principalmente durante as crises depressivas e procuravam adquirir ferramentas práticas sem ser necessário estar sempre a recorrer a medicação SOS.

Em comparação com as outras intervenções grupais que ocorreram ao longo do estágio, este grupo assumiu um carácter mais prático do que teórico. Apesar de a nossa intervenção ter sido psicoeducacional, foram feitos exercícios de relaxamento e mindfulness. As primeiras três sessões decorreram nas instalações da associação, tendo decorrido a última num jardim em lisboa.

Tabela 12

Resumo do grupo de gestão de stress e ansiedade

Sessão	Objetivos	Síntese
1 ^a	Apresentação. O Significado de Ansiedade. Ansiedade vs. Ansiedade Patológica. Zona de conforto. Partilha de vivências.	Na apresentação percebemos que a maioria dos presentes já tinha participado noutros grupos. Partilharam-se situações relacionadas com o stress e a ansiedade, verificando-se existir um lugar comum no carácter desestabilizador da ansiedade.
2 ^a	Angústias geradoras de Medo. Elaboração do Medo. Fatores desencadeantes de ansiedade. Transformação de situações stressantes em situações estáveis sem carga ansiogénica. Vantagens na gestão do Stress e Ansiedade.	O medo ocupou um espaço central nesta sessão: o medo do olhar e do estigma por parte do outro; medo de não ser capaz de ter uma vida dita “normal” devido ao diagnóstico. Todos os participantes concordaram que os medos causam grande ansiedade.
3 ^a	Identificação dos sintomas físicos criados pela ansiedade. Identificação das principais dificuldades de cada participante, face à gestão da vida diária. Estratégias de resolução de problemas. Relaxamento Imagético, respiratório e muscular.	Foram identificados os sintomas físicos e nomeadas estratégias de relaxamento. Uma psicóloga exterior ao grupo foi fazer uma demonstração de relaxamento imagético, respiratório e muscular. Abordou-se a questão da influência do estilo de vida e das rotinas no espoletar de crises de ansiedade.
4 ^a	Consciencialização e aceitação das emoções. Identificação dos recursos internos existentes em cada um dos participantes. Relaxamento Imagético, respiratório e muscular. Autoavaliação do grupo.	A última sessão foi marcada pela diferença. O grupo reuniu-se num jardim em Lisboa. Foi feito um apanhado geral um apanhado geral sobre o grupo e cada membro identificou os recursos internos para combater o stress e ansiedade.

2.2.3 Grupo psicoeducativo para pessoas com perturbação unipolar

A população alvo do grupo são pessoas com o diagnóstico de depressão estabilizada. As sessões têm como objetivos principais a deteção precoce dos sintomas de alarme, a identificação dos fatores desencadeantes e dos fatores protetores, a adesão à terapêutica, o controlo de fatores de risco, a gestão de stress, a promoção de hábitos de vida saudáveis, a prevenção do comportamento suicidário, a partilha de sentimentos e vivências, a procura de estratégias para lidar com o estigma e problemáticas sociais e o encorajamento dos participantes para obter autonomia e responsabilidade.

Cada sessão do grupo tinha a duração de 120 minutos e foi composto por oito sessões. Iniciou-se no dia 25 de outubro e foi composto por oito pessoas no total. O nosso papel começou por ser de observação e posteriormente passou a participação ativa. Ao longo das semanas o grupo foi diminuindo devido a desistências.

A existência de um programa não inibiu a partilha de vivências dos elementos, verificando-se que as sessões foram moldadas de acordo com as dúvidas e necessidades dos participantes. As temáticas mais recorrentes do grupo incidiram nos pensamentos ruminantes, na incapacidade provocada pelas crises depressivas, na família e no contexto familiar, na dificuldade de impor os desejos e enfrentar adversidades e no medo do futuro.

Aprender a lidar com a doença foi a expectativa comum do grupo, com cada membro a expor problemas pessoais e do quotidiano cujas resoluções eram dificultadas pela doença.

O psicólogo responsável pelo grupo, para além de ter a função de partilhar conhecimento sobre as temáticas inerentes ao programa, promove a discussão saudável entre os membros do grupo e uma atmosfera empática baseada na aceitação do outro. O processo de integração dos utentes nos grupos passa por uma fase inicial de entrevista primária, onde são explanados os objetivos, direitos e deveres do membro integrante no grupo. Por vezes são os médicos psiquiatras que sugerem ao sujeito a participação, com o principal intuito do mesmo receber informação clara sobre a sua patologia.

Tabela 13

Programa do grupo psicoeducativo para doentes unipolares

Sessão	Programa
1 ^a	Apresentação; Expetativas relativamente ao grupo; O significado de depressão;
2 ^a	Etimologia; Identificar os meus sentimentos, pensamentos e comportamentos associados à depressão;
3 ^a	Fatores de riscos e fatores de proteção; Adesão à terapêutica;
4 ^a	Estratégias de <i>coping</i> ;
5 ^a	Definição de objetivos pessoais; Fomentar potencialidades;
6 ^a	Prevenção de recaídas; Prevenção do comportamento suicidário;
7 ^a	Estabelecer relações de confiança; Plano de ação individual;
8 ^a	Avaliação do grupo; Despedida;

Sessão 1

A primeira sessão decorreu com a apresentação dos membros do grupo, de acordo com uma dinâmica definida pela psicóloga, e que consistiu na formação de pares, na qual cada elemento apresentava o seu par (após uma breve conversa a dois) referindo o nome, a idade, profissão e expectativas relativamente à participação no grupo. Estas expectativas estavam relacionadas com a aquisição de conhecimentos sobre a doença, no conhecimento de outras pessoas com o mesmo diagnóstico e na aquisição de estratégias para lidar com adversidades. Foi ainda explicado o conceito de depressão.

Segundo Stahl (1998) citado por Souza (1999) o tratamento da depressão deve ser abordado de uma forma global, ou seja, deve-se ter em atenção o sujeito como um todo (nas vertentes biológica, psicológica e social), devendo a farmacologia e a psicoterapia evidenciar uma aliança.

Sessão 2

Principiou-se por explorar a Etimologia da doença, e questionou-se quais os fatores que podem espoletá-la e qual a carga genética associada. Foram identificadas causas para o início da doença, e no domínio da carga genética surgiram expressões como *“a minha mãe sempre teve muita tendência para deprimir”* (sic); *“várias pessoas da minha família, principalmente as mulheres, não são equilibradas”* (sic); já no âmbito dos problemas e adversidades, manifestaram-se em expressões como *“sempre dei prioridade ao trabalho, nunca tratei bem de mim e agora esta é a minha paga”* (sic); *“sofri muito na infância, gozavam muito comigo”* (sic). A psicóloga pediu a cada membro para identificar os sentimentos ligados à doença, tendo sido identificados a inutilidade, o medo do futuro, o medo de não conseguir lidar com situações adversas, a fraca autoestima, o medo de falhar e o medo de não conseguir impor a sua vontade.

Sessão 3

Foram explorados os fatores de risco e os de proteção relativamente às crises. A psicóloga frisou a extrema importância do conhecimento dos fatores que podem espoletar uma crise, como a falha na toma de medicação, o consumo de álcool ou de substâncias psicoativas, exposição a situações de stress prolongado e rotinas diárias pouco saudáveis. Todos os elementos partilharam e identificaram fatores protetores: *“dormir bem”*, *“fazer caminhadas”*, *“ter uma alimentação correta, meditar”*, *“ir à praia, ir ao psicólogo”*, *“tomar corretamente a medicação”*, *“falar com os filhos”*, *“manter um estilo de vida saudável”* (sic). Foram igualmente identificados fatores de risco: *“não tomar a medicação”*, *“consumir álcool”*, *“trabalhar em excesso”*, *“estar com pessoas tóxicas”*, *“estar constantemente preocupado com o futuro e com situações que não se podem controlar”* (sic). Foram, também, enumeradas estratégias para facilitar uma toma correta da medicação, como por exemplo ter um diário da medicação e um lembrete no telemóvel.

Sessão 4

Nesta sessão deu-se continuidade à anterior, tendo a psicóloga voltado a referir os fatores protetores e a sua importância, realçando que a exposição a níveis de stress prolongados pode provocar uma crise. Sendo essencial que cada doente tenha estratégias para ultrapassar estes momentos, esta questão foi levantada e os utentes enumeraram algumas: *“se for possível afasto-me da situação”*, *“vou ao psicólogo e falo sobre o*

sucedido”, “tento manter a calma”, “faço uma caminhada para libertar o stress”, “medito” (sic).

Sessão 5

Os objetivos para o futuro foram a temática principal nesta sessão. Sublinhe-se que todos os membros do grupo tinham uma visão muito negativa em relação ao futuro, dizendo sentirem-se desmotivados e sem capacidades de realização pessoal. Apesar de mostrarem alguma dificuldade em pensar no futuro de uma forma positiva, os membros definiram alguns objetivos: *“no campo pessoal eu gostava de conseguir impor a minha vontade”, “gostava de conseguir abstrair-me do trabalho e conseguir descansar mais”, “gostaria de arranjar um trabalho para não estar sempre preocupado se vou conseguir pagar as contas”, “gostava de não ser dependente de certas relações e afastar-me de pessoas tóxicas”, “ser melhor mãe” (sic).* Quando a psicóloga pediu que cada membro referisse as suas potencialidades, foram enumeradas as seguintes: generosidade, inteligência, ser trabalhadora, honestidade, bondade.

Sessão 6

Esta sessão focou-se na temática do suicídio. A psicóloga referiu a importância de existir um plano de atuação em caso de ideação suicida, que compreende uma rede de pessoas de confiança (ter alguém a quem ligar), recorrer à urgência do hospital, ligar ao psiquiatra ou ao psicólogo, ligar para uma linha de apoio telefónico. Embora nenhum dos elementos do grupo tivesse passado por uma tentativa de suicídio, alguns partilharam pensamentos que já tinham tido: *“às vezes penso, quem me dera morrer”* ou *“por vezes desejo não acordar mais” (sic).*

Sessão 7

Para a prevenção da crise é fundamental que o doente tenha uma rede de pessoas de confiança com quem possa conversar, para além de ser fundamental ter uma boa relação com o psiquiatra e com o psicólogo. A psicóloga ressaltou a importância de cada membro ter um plano de ação individual, por exemplo um diário do humor, onde numa base regular o doente identifica as oscilações do humor e as rotinas de sono, ferramentas que podem ser de grande utilidade para ajudar a identificar o início de uma crise.

O diário do humor é uma ferramenta de automonitorização das oscilações do humor, que tem o intuito de prevenir o início de uma crise. O diário disponibilizado no

grupo está dividido em quatro partes: a medicação, o humor, os objetivos e a reflexão. Os utentes podem registar que tipos de medicação estão a tomar, a quantidade e a hora da toma. Diariamente pontuam o humor numa escala com balizas entre a depressão e euforia. Podem também registar os objetivos diários (por exemplo, chegar cedo ao trabalho) ou a longo prazo. No final toda a informação é cruzada e analisada, com vista à utilidade de prevenir a origem de uma crise. Este diário pode também ser uma ferramenta importante no que diz respeito ao ajuste da medicação por parte do médico psiquiatra.

Sessão 8

Nesta sessão a psicóloga referiu a existência de um grupo de auto-ajuda, informando que estava aberto a novas inscrições. Foi unânime por parte dos membros que o grupo foi bastante benéfico e mostraram-se interessados em ingressar no grupo de autoajuda. O *feedback* partilhado incluiu expressões como *“gostei muito de participar no grupo, senti-me compreendido e ouvido”, “foi muito importante participar, mas ainda tenho muito que aprender”, “foi bom sentir que não estou sozinho, sinto que tenho mais forças para o que vem aí” (sic)*. Nesta última sessão o grupo era apenas constituído por três utentes.

2.2.4 Grupo psicoeducativo para pessoas com perturbação bipolar

A população alvo do grupo consistiu em utentes inscritos na associação com o diagnóstico de perturbação bipolar. Os objetivos primários foram: a consciencialização da doença, a deteção precoce dos sintomas de alarme, a consciencialização por parte dos sujeitos de forma a identificar os seus próprios fatores desencadeantes, a gestão e monitorização diária dos sintomas, a adesão à terapêutica e o desenvolvimento de competências gerais de relação interpessoal. Os objetivos secundários foram: controlar de fatores de risco, gerir o stress, evitar o uso e abuso de substâncias psicoativas, promover hábitos saudáveis e regular do estilo de vida, dar importância às rotinas no padrão do sono e na prevenção do comportamento suicidário.

O grupo teve início no dia 27 de outubro e cada sessão tinha a duração de uma hora e meia. Foi constituído por quatro utentes.

Ao contrário do grupo unipolar a nossa participação foi ativa do início ao fim, e algumas das sessões foram dirigidas por nós.

Tabela 14

Programa do grupo psicoeducativo para doentes bipolares

Sessão	Programa
1 ^a	A Importância da Psicoeducação; O que é a Perturbação Bipolar?
2 ^a	Fatores Etiológicos e desencadeantes da Perturbação Bipolar; Sintomatologia I Mania e Hipomania
3 ^a	Sintomatologia II: Depressão; Ideação Suicida; Curso e Evolução da Doença
4 ^a	A importância do tratamento; Tratamento Farmacológico e Psicológico; Substâncias psicoativas
5 ^a	Detecção precoce de episódios maníacos e hipomaníacos; Detecção precoce de episódios depressivos Prevenção da Recaída: Fatores de Risco/Fatores de Proteção
6 ^a	Plano de Ação em Situação de Crise Dinâmica Familiar – antes e após o diagnóstico Relações interpessoais
7 ^a	Técnicas de gestão de stress Estigma; Autoconceito / projeto de vida
8 ^a	Avaliação do Grupo Psicoeducativo

Sessão 1

Esta sessão foi essencialmente constituída pela apresentação de cada membro, dizendo o nome, profissão e breve história da doença. O grupo era composto por quatro utentes, três homens e uma mulher, todos com diagnóstico de perturbação bipolar. Foi feita uma breve explicação sobre a perturbação bipolar e a importância da psicoeducação.

Sessão 2

O grupo partilhou acontecimentos durante as crises - *“ficava cheia de energia e queria comprar tudo o que havia na loja”*; *“ficava muito tempo sem dormir, ia para o café e bebia muitas cervejas com os amigos”* (sic) - e identificou fatores que podem desencadear as mesmas, como por exemplo, não tomar a medicação, dormir pouco, consumir álcool, trabalhar em excesso, não ir ao psiquiatra com regularidade. Foi feita a diferenciação entre mania e hipomania.

Sessão 3

O grupo identificou os sintomas da depressão com expressões como sonolência, dores no corpo, inquietação, ansiedade, desmotivação, falta de apetite, isolamento, irritabilidade, choro fácil, e um dos membros afirmou que *“quando estou deprimida até tomar um simples banho é complicado” (sic)*.

O psicólogo encarregue do grupo introduziu o tema da ideação suicida, durante o qual um dos membros partilhou *“nunca era capaz de me matar, eu tenho é medo de morrer” (sic)*.

Foi feita a diferenciação entre tristeza e depressão, frequentemente confundida, tendo os membros de grupo partilhado que quando se sentem tristes ficam com receio que possa ser o início de uma crise depressiva. Foi esclarecido que a tristeza é algo saudável, perante acontecimentos desagradáveis.

Relativamente ao curso da doença foi explanado que se o doente seguir a terapêutica e manter um estilo de vida saudável a doença tem tendência a estabilizar com a idade, sublinhando-se que a experiência e o conhecimento sobre a perturbação bipolar são um fator de extrema importância para a estabilização da doença.

Foi apresentada uma ferramenta que ajuda a controlar o humor e a identificar alterações: o diário do humor.

Elaborámos um plano de ação em momentos de crise de ideação suicida que consistia num conjunto de sugestões, como: pedir ajuda, telefonar ao médico ou ao psicólogo, ligar para uma linha SOS, não lidar com os pensamentos sozinho, fazer a promessa de que nas próximas 48h não irá tentar o suicídio, falar com um amigo ou alguém de confiança, recorrer à urgência ou ligar 112, deixar a casa segura e se necessário pedir ajuda a alguém para tal e, acima de tudo, não se sentir envergonhado pois muitas pessoas passaram pelo mesmo.

Sessão 4

Sendo de extrema importância seguir um tratamento medicamentoso correto, o psicólogo frisou os perigos da automedicação, explicando que há pessoas que interrompem o tratamento assim que sentem melhorias. Os membros partilharam uns com os outros experiências associadas à medicação.

Foi explicada a importância de levar um estilo de vida saudável, não consumir substâncias, pois as consequências para a doença podem ser devastadoras e incluírem crises depressivas, aumento da ansiedade, perturbação do ciclo do sono, redução do controlo dos impulsos, deterioração cognitiva, espoletar de crises de mania, hipomania ou psicóticas.

Sessão 5

O tema da deteção precoce de episódios foi abordado nesta sessão. Cada membro identificou os seus sinais precoces de crise em Hipomania/Mania, como por exemplo *“sinto que durmo menos”*, *“começo a sentir uma irritação e uma impaciência”*, *“começo várias coisas ao mesmo tempo e não acabo nada”*, *“sinto necessidade de conduzir mais depressa”*, *“apetece-me comprar tudo, já cheguei a comprar vários pares de sapatos iguais”*, *“sinto um aumento do desejo sexual”* (sic). Na depressão foram mencionados pensamentos ruminantes, fadiga extrema, e os membros expressaram-se com frases como: *“sinto que o meu pensamento fica mais lento”*, *“esqueço-me de tudo, a minha memória já não é o que era”*, *“tenho dificuldade em concentrar-me”*, *“não tenho vontade de fazer nada”* (sic).

No que diz respeito à prevenção de recaídas, referiu-se a importância da psicoeducação como ferramenta profilática. Os utentes identificaram aspetos como: *“devemos ter uma boa relação com o psiquiatra”*, *“tomar sempre a medicação correctamente”*, *“ter estilos de vida saudáveis”*, *“ter pessoas que me ajudem e a quem eu possa ligar”* (sic). Sobre os fatores de risco mencionaram as alterações das rotinas do sono, má toma ou abandono da medicação, exposição a grandes níveis de stress, consumo de álcool ou drogas, isolamento social.

Sessão 6

Uma situação de crise será melhor gerida se existir um plano de acção, que deve abranger: o diário do humor, uma lista de pessoas (suporte), uma boa relação com o médico e com o psicólogo, uma estratégia para proteger a situação financeira e evitar gastos.

Os participantes descreveram a forma como a dinâmica familiar se modificou após o diagnóstico, dizendo, por exemplo, *“sinto que os meus filhos olham para mim de uma*

maneira diferente, todas as minhas reações, para eles, são devido à doença” (sic), ou “a minha família não acredita que eu sou doente, já expliquei várias vezes” (sic).

Todos os membros manifestaram sentirem-se muito incompreendidos pela família, à exceção de um senhor que afirmou que a esposa sempre o apoiou incondicionalmente: *“eu tenho sorte, a minha mulher sempre me ajudou muito, aliás, foi ela que procurou informação sobre a doença” (sic).*

Sessão 7

Mencionaram-se algumas estratégias de gestão do stress e de ansiedade. No que diz respeito ao autoconceito, a interpretação que temos de nós próprios, foi explicado que é algo sempre em mudança e em desenvolvimento durante a vida.

O diagnóstico de uma doença psicológica pode abalar/modificar a autoestima e o autoconceito que a pessoa tem. O estigma nem sempre parte do outro e frequentemente pode ter origem a partir do próprio sujeito: *“Eu concordo que o estigma vem de nós próprios, eu às vezes penso que não sou capaz porque sou doente” (sic).*

Sessão 8

Na última sessão fez-se um balanço sobre o grupo, com uma avaliação unânime muito positiva: *“Senti-me muito à vontade para partilhar”(sic), “foi muito importante para mim, aprendi muito sobre a doença, algo que me vai ajudar futuramente” (sic).*

2.2.5 Avaliações Primárias

O facto de termos tido a oportunidade de assistir às primeiras consultas de todos os psicólogos da associação (avaliações primárias) permitiu-nos uma familiarização mais profunda e completa com a prática clínica. Esta avaliação primária é o início do processo terapêutico individual ou da integração de um novo utente na associação.

Inicialmente é feita uma recolha de dados sobre o cliente, motivo de vinda à associação, breve história da doença e medicação. Num segundo passo é apresentada a associação bem como todas as actividades e, por último, é feita a proposta de sócio. De acordo com Bénony & Chahraoui, (2002) e Bergerete & Dubor, (2004), a entrevista semidirectiva é apoiada por um “guião” com alguns tópicos. O entrevistador coloca uma questão para depois deixar o

cliente responder livremente adotando assim, uma postura não directiva, não interrompendo o cliente e deixando-o falar sobre o tema proposto.

2.2.6 Atendimento Telefónico, marcação de consultas e linha SOS

Após nos termos familiarizado com o programa informático utilizado pela associação (PHC) iniciámos as marcações de consultas, o atendimento telefónico e o atendimento na linha SOS.

No atendimento telefónico tirámos dúvidas, anotámos recados, fizemos marcações e desmarcações e apresentámos a associação a possíveis futuros sócios. Apesar de ser muito imprevisível, o apoio à linha SOS, permitiu-nos adquirir técnicas de trabalho sobre pressão, e estivemos em contacto com situações muito diferenciadas. Ocasionalmente não é possível a deslocação a um espaço físico e em situação de crise o atendimento via telefone SOS pode ter um papel fundamental.

Algumas pessoas só queriam falar um pouco e tirar dúvidas como, por exemplo, o caso de uma senhora que suspeitava que o marido tinha a perturbação bipolar, devido a oscilações muito acentuadas do humor; falámos um pouco sobre os sintomas, sobre situações em que o marido era agressivo verbalmente para com ela, sobre os apoios que a instituição dava, quer para os doentes, como para os familiares.

Outro pedido de ajuda foi de uma senhora que tinha sido acompanhada na associação no passado. A pessoa gritava e chorava, argumentando que tinha a certeza que estava desestabilizada. Conversámos sobre a sua situação atual, internamentos passados e sobre alguns problemas familiares que a estavam a preocupar e a angustiar no momento. Discutimos a possibilidade de se dirigir à urgência psiquiátrica mais próxima para falar com um médico. Posteriormente soubemos que esta pessoa seguiu as nossas indicações e foi internada.

2.3 Acompanhamento individual e avaliação psicológica

No presente relatório iremos apresentar dois casos clínicos. Para ambos demorámos três sessões a recolher a história clínica e a anamnese.

Ambos os casos clínicos foram acompanhados no período de três meses e uma semana e vinham com um diagnóstico do médico psiquiatra. Apesar de algumas sessões

terem tido uma vertente mais psicoeducativa, o acompanhamento psicológico inspirou-se na terapia centrada na pessoa de Carl Rogers.

Rogers defende que o Homem, mesmo sendo exposto a condicionamentos e a adversidades severas tem em si a capacidade de desenvolver autonomia e motivação que o levam a crescer, a sarar, a organizar-se, a evoluir e a sobreviver. O postulado básico da ACP é o facto de existir uma tendência natural para a sociabilização e para o crescimento, podendo este processo assumir um carácter curativo (Santos, 2004).

Os processos de avaliação psicológica, por norma, não são realizados na instituição; porém, foi possível avaliar um dos casos clínicos que acompanhámos individualmente.

2.3.1 Caso clínico A

M. é do sexo feminino, nasceu no dia 26 de fevereiro de 1976 e tem o diagnóstico de Perturbação Esquisoafetiva com episódios depressivos.

Veio à consulta com o objetivo de ter um espaço onde pudesse falar sobre si. M. foi uma associada pontual, mas nem sempre assídua. É de salientar que houve uma mudança na sua postura ao longo do tempo, pois de início era muito biográfica, não se focava em qualquer assunto em particular, mas com o decorrer das sessões manifestou uma maior facilidade em focar-se em assuntos específicos. As sessões foram sempre marcadas por períodos de silêncio.

2.3.1.1 História Clínica

O primeiro surto psicótico ocorreu no ano 2000, nesta altura estava a estudar e vivia com uma tia. Como estava a passar uma fase descrita como turbulenta, aderiu a um culto religioso, afirmando *“estava desesperada, foi a pior coisa que fiz”* (sic). O primeiro surto psicótico ocorreu nesta altura: *“Houve uma noite em que estava em casa de uma amiga minha a ver um filme, e de repente a televisão começou a ficar estranha, ouvi uma voz que me disse para ir à casa de banho, eu sabia que não havia eletricidade na casa de banho e por isso estava tudo cheio de velas, a voz era de um anjo que me disse para queimar a cara, se o fizesse ia ser salva, então queimei-me. Fui para a urgência, a minha amiga convenceu-me a dizer que tinha sido um acidente. Fui tratada e fui para casa”* (sic). Após este episódio M. continuou muito agitada, com delírios e o pensamento desorganizado. Foi hospitalizada durante três meses.

Em 2001 iniciou uma relação amorosa e em 2004 casou-se e deixou de tomar a medicação: *“fui deixando aos poucos porque já me sentia melhor”* (sic). Começou a ter o pensamento desorganizado e a experienciar delírios persecutórios: *“Até ir a supermercado era complicado, comecei a ter a mania da perseguição, parecia que toda a gente estava a olhar para mim, comecei a isolar-me sempre cada vez mais”* (sic); consequentemente foi internada durante um mês e meio.

Em 2011 divorciou-se: *“ele começou a ficar farto de mim, de eu estar sempre triste e queixosa, foi numa viagem de trabalho para a Alemanha e conheceu uma rapariga por quem se apaixonou, foi uma altura muito complicada e tentei o suicídio”* (sic).

Em 2013 foi viver com os pais e com a filha. Até à data encontra-se estável, experienciando alguns momentos em que se encontrava deprimida e sem vontade de se levantar da cama: *“A minha filha tem sido um grande pilar, o facto de ter de haver uma rotina ajuda me muito, por vezes não quero sair da cama, mas obrigo-me a fazê-lo”* (sic). A medicação atual é constituída por estabilizadores do humor), anti-psicóticos e ansiolíticos. Nunca teve outros problemas de saúde.

Relativamente aos dados anamnésicos: durante a infância descreve-se como reservada, calma e boa aluna. O pai provocava um ambiente familiar conflituoso, mas descreve a relação com a mãe como boa e próxima. Tem um irmão mais velho com quem não mantém um contacto regular, e diz que mesmo durante a infância não tinham uma relação muito próxima. Não aprofunda muito a fase da infância, mas, não obstante, refere que foi boa. Atualmente vive com os pais e com a filha de dez anos. O pai tem 80 anos, foi-lhe diagnosticada perturbação bipolar e, devido a uma fratura no fémur esquerdo, encontra-se acamado há dois anos, sem melhoria das funções motoras. M. em conjunto com a mãe (77 anos) assumiu o papel de cuidadora do pai, o que por vezes é muito difícil devido às suas mudanças de humor. A relação com a filha é muito positiva, e refere que tem muito orgulho nela. Tem uma relação cordial com o ex-marido, têm facilidade em conversar principalmente se o assunto for a filha.

O casamento teve momentos complicados, refere várias vezes que se sente culpada pelo divórcio, devido à instabilidade emocional. Menciona com frequência que o casamento se foi desgastando devido às suas crises. Para a M. o divórcio foi muito doloroso, e de início foi-lhe difícil manter uma relação cordial com o ex-marido, mas com o passar do tempo começou a ser mais fácil. Enquanto pai, o ex-marido é presente e vem buscar a filha quinzenalmente. Neste momento, diz que sente uma grande admiração por ele, por ser muito inteligente e culto. Ao ponderar voltarem a estar juntos num contexto

amoroso tem medo de nunca mais confiar no ex-marido e descarta essa possibilidade. Após o divórcio teve outro companheiro que tinha uma deficiência visual, e confessa que se manteve na relação por pena.

Atualmente afirma não sentir necessidade de ter um companheiro, e menciona manter contacto online com um amigo: *“falamos muito pela internet e às vezes vamos beber café, ele faz-me sentir muito bem” (sic).*

2.3.1.2 Genograma

A família de M é constituída por sete elementos, dos quais quatro mulheres e três homens. Ao analisarmos o genograma em termos relacionais, destacamos o relacionamento de dependência e hostilidade que M. mantém com o pai, doente físico e mental que exige cuidados permanentes, protagonizados por M, a sua principal cuidadora. M ao longo das sessões acusa o pai de ser inconveniente, não facilitando, mas boicotando as tarefas diárias, como a alimentação e a higiene.

Em contrapartida a relação de M com a mãe é de harmonia manifestando grande proximidade. Desde a adolescência que o relacionamento de M. com o irmão era distante e viu um afastamento ainda maior ao longo dos anos, que agora se transformou em hostilidade, na sequência da divisão de uma herança.

Apesar de M ser divorciada podemos observar que mantém uma relação harmoniosa com o pai da sua filha o que facilita a coparentalidade. Assistimos a uma relação harmoniosa entre M e a filha.

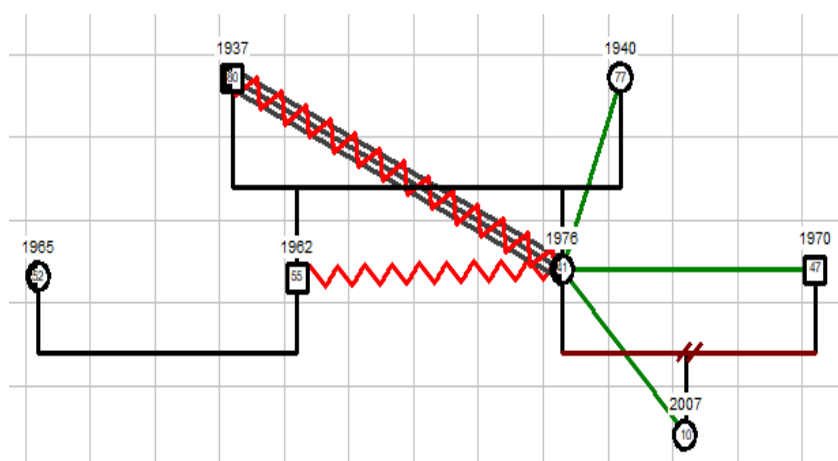


Figura 2. Genogram M.

2.3.1.3 Síntese das sessões

Sessão 1

Tendo esta sessão consistido numa avaliação primária, começámos por apresentar a associação. M relatou a história da doença até ao momento presente, referindo que se encontrava estabilizada e que conheceu a associação através de uma amiga. A motivação para vir à consulta centrou-se no fato de poder ter um espaço privado onde pudesse falar da doença. M foi bastante biográfica, referenciando sempre as datas de todos os acontecimentos.

Sessão 2

A temática principal desta sessão centrou-se nos relacionamentos amorosos de M. Falámos sobre o casamento e sobre antigas relações amorosas. M. não pondera iniciar uma nova relação deste tipo, afirmando que *“não preciso de ter alguém porque não me sinto capaz de deixar entrar seja quem for na minha vida e sinto-me bem assim”* (sic).

Ao longo da sessão referenciou muito a filha, identificando-a como a sua prioridade máxima e dizendo *“a minha filha é tudo para mim, é uma alegria”* (sic). Em torno deste assunto surgiu a temática da dinâmica parental entre M e o ex-marido, tendo ela manifestado que *“queremos os dois o que é melhor para a nossa filha, o mais importante é ela”* (sic). Começamos a recolha da anamnese.

M fez diversas perguntas sobre o funcionamento da associação e sobre as atividades que estavam a decorrer no momento, mas não mostrou interesse em ingressar em alguma.

Sessão 3

A temática mais recorrente foi a história familiar, onde valorizou sempre a relação de cumplicidade com a mãe. O pai, com diagnóstico de doença mental, é descrito como um homem muito complicado: *“o meu pai tinha um bocado a mania da perseguição, tinha medo dos bancos e desconfiava de tudo”* (sic). Atualmente está acamado e dependente da M e da esposa. M descreve que a tarefa de cuidar do pai nem sempre é fácil devido às variações de humor do mesmo.

Sessão 4

A dependência financeira de M. em relação aos pais, é algo que a preocupava muito, principalmente pelo facto de ter uma filha.

Manifesta vontade de trabalhar, mas sempre marcada pelo medo de falhar, pela falta de confiança em si mesma, medo de ser incapaz e de as outras pessoas tomarem

conhecimento da sua doença: *“vou a uma entrevista de trabalho e perguntam-me o porquê de eu nunca ter tido um emprego estável, vou dizer o quê? Que não trabalhei porque sou doente mental?” (sic)*. Lembra que na altura em que trabalhava se sentia mais realizada, mas que no presente sente que perdeu capacidades, *“outra coisa que me preocupa é ter a testa queimada, o que é que os outros vão pensar?” (sic)*.

Durante a sessão houve largos períodos de choro e de silêncio, reveladores da angústia provocada por se sentir presa à doença, que em simultâneo era inibidora da sua independência e autonomia.

Sessão 5

M voltou a referir que gostava de ser independente financeiramente, mas que não se sente preparada para enfrentar o mundo do trabalho, repetindo que não possui as capacidades necessárias para desempenhar certas funções, não especificando que tipo de funções. Voltámos a ficar em silêncio durante largos períodos de tempo.

Sessão 6

Nesta sessão abordámos as competências de M. relativamente a características positivas, como ser boa mãe, ser boa escritora, ou ser responsável.

Falámos sobre as relações de amizade e de como quase ninguém sabe da sua doença, tendo referido que *“tenho muito medo do que vão pensar de mim” (sic)*.

M regressa ao tema das relações amorosas e frisa que não sente necessidade de se envolver amorosamente com alguém, sendo-lhe suficiente a relação de amizade *online* que mantém com uma pessoa.

Sessão 7

A importância de trabalhar volta a ser muito enfatizada. M manifesta vontade de dar um primeiro passo para se tornar autónoma, apesar de continuar a recear ser rotulada: *“como é que eu explico o porquê de não ter trabalhado estes anos todos?” (sic)*.

Relembrámos a existência do Gabinete de Orientação Profissional e a possibilidade de M receber apoio, sugestão sobre a qual disse que ia pensar.

Sessão 8

Nesta altura M. partilhou estar a passar dificuldades com o irmão, motivadas pelas partilhas e heranças. Evidenciou grande angústia que lhe advinha de sentir estar a ser injustiçada pelo irmão e pelo facto de considerar que nunca iria ser capaz de enfrentar e resolver o assunto: *“penso que devido à minha doença não tenho capacidades para lidar com este tipo de problemas” (sic)*.

Conversámos sobre a importância de M se resguardar ao máximo em situações de grande stress, não obstante termos partilhado que a manifestação de tristeza e preocupação numa moldura de adversidade, é algo saudável, não sendo obrigatoriamente indicador de depressão. Concluímos que seria benéfico para M poder usufruir do apoio jurídico, gratuito, providenciado pela associação, sugestão que foi bem acolhida por ela e marcámos uma reunião com o advogado.

Sessão 9

M manifestou uma mudança no comportamento, demonstrando-se mais relaxada e alegre. Revelou que o apoio jurídico tinha sido uma mais-valia pois em conjunto com o advogado tinha traçado um plano de acção, o que lhe conferiu uma maior tranquilidade: *“isto fez-me acreditar que consigo fazer coisas e tenho a possibilidade de mudar”* (sic). Consequentemente, voltámos a abordar as competências e a capacidade de resolver problemas. Nesta sessão voltou ainda a apresentar um quadro de mágoa e tristeza perante a atitude do irmão.

M. revela que após ter ponderado a questão já equaciona a possibilidade de se envolver numa relação amorosa, com o seu amigo *online*, apesar de continuar a manifestar receio em revelar o seu diagnóstico, concluindo que só o ia fazer quando se sentisse confiante.

No final da sessão M. pediu para marcar uma reunião com o Gabinete de Apoio e Orientação Profissional.

Sessão 10

M partilhou a sua grande satisfação com a sessão do Gabinete de Apoio e Orientação Profissional e pelo facto de estar a dar os primeiros passos para começar a trabalhar. Falámos sobre a nova relação amorosa e sobre o facto de que quando estivesse preparada ia contar ao parceiro sobre a doença. Abordámos a questão do estigma em torno da doença mental e da continuada existência de discriminação.

Sessão 11

Nesta última sessão falámos sobre a importância de M continuar a vir à associação. Esta sessão de despedida foi particularmente difícil, repleta de emotividade e com uma manifestação clara de tristeza por parte de M. sobre o término das sessões. M referiu a importância do acompanhamento individual, realçando o apoio que sentiu para a ajudar a encarar a vida de forma distinta, com menos sentimentos de solidão, e com uma perspetiva de poder reorganizar o seu quotidiano.

2.3.1.4 Discussão do caso de M

Podemos concluir que ocorreu uma mudança positiva em relação a M. A moldura inicial era caracterizada por muitos períodos de silêncio, indiciadores de dificuldade de partilha de sentimentos e emoções, recorrendo a um discurso repleto de apontamentos biográficos e cronológicos, sem se focar no que sentia perante os acontecimentos que relatava. A falta de vontade foi sendo substituída ao longo do tempo por um comportamento mais comunicativo e aberto. As utilizações de respostas de compreensão empática surtiram um efeito positivo, ajudando na mudança de atitude. M por vezes dizia “*é tão bom sentirmo-nos compreendidos*” (sic). Consideramos que através da nossa aceitação incondicional, M. começou a aceitar o seu self real, dando espaço para a propagação da tendência natural do ser humano para a atualização e para o crescimento pessoal. Apenas com reconhecimento pessoal possível aplicar ferramentas para o desenvolvimento.

Ao longo das sessões M. manteve sempre o humor estável. Inicialmente tinha uma visão muito negativa em relação a si própria, aos outros e ao futuro. Sentia-se incapaz de lidar com problemas e obstáculos, escondia-se “*debaixo do casaco da doença mental*” (sic). Tinha uma atitude de desconfiança, medo de ser olhada de uma forma negativa e do julgamento dos outros, principalmente em relação à doença. A visão negativa de M. estava muito relacionada com o estigma que a própria tinha em relação à doença mental, rotulando-a como um sinónimo de incapacidade.

Através da psicoeducação foi possível clarificar certas ideias e mitos. Ideias estas que estavam relacionadas, principalmente, com competência intelectuais ou a possibilidade de manter uma relação amorosa. Relativamente à atitude de desconfiança que M. mantinha em relação aos outros, pode estar relacionada com os traços paranóides originados pela perturbação esquizoafetiva e pela influência do pai, que ao longo da sua adolescência manteve sempre suspeitas que era enganado pelos outros. O facto de M. estar constantemente hipervigilante levava-a a interpretar o olhar dos outros como pejorativo o que a transportava para uma situação de isolamento, evitando certas interações sociais.

Segundo Beck (1979) citado por Powell, Abreu, Oliveira & Sudak (2008) o sujeito deprimido ao longo da vida vai adquirindo regras e pressupostos. Os erros de perceção são muito característicos da depressão. O sujeito deprimido tem uma tendência para ser inflexível e interpretar erradamente situações externas. O paciente tem uma visão negativa e antecipa resultados negativos. Este comportamento é um propulsor da

depressão que desencadeia os sentimentos de inadequação, baixa autoestima e desesperança.

O papel do psicólogo é o de compreender a visão fenomenológica do sujeito enfatizando a experiência subjetiva e a vivência do cliente. O sujeito é visto como possuidor de uma motivação intrínseca, que é fomentada pela não-diretividade e pela compreensão empática, que permite ao indivíduo sarar, organizar-se e evoluir no sentido da autonomia. A tendência para os organismos atingirem as suas potencialidades identifica-se como tendência atualizante, que pode ser condicionada, positiva ou negativamente, pelo meio onde nos desenvolvemos (Santos, 2005).

A relação com a filha e com os pais foi sempre um tema muito recorrente ao longo das sessões. Para M era muito pesado o facto de ter que aliar uma relação difícil com o pai, e de ter que ser cuidadora dele. Tudo isto fomentava o desejo de ser independente. O culminar da situação deu-se quando M começou a ter problemas com o irmão, relacionados com partilhas. Nessa altura M tomou a decisão de lidar com os problemas, mesmo que fosse exposta a situações de desconforto. Nas sessões finais, começou a ver as dificuldades com uma atitude mais positiva sentindo-se capaz de as enfrentar e manifestando até vontade em arranjar trabalho. É de extrema importância que M dê continuidade a este processo, prosseguindo o acompanhamento na associação.

2.3.2 Caso Clínico B

F. é do sexo masculino e nasceu em 12 de junho de 1973, e tem 44 anos. Obteve conhecimento da associação através da internet. Tem o diagnóstico de perturbação bipolar. Encontrava-se a sair de um episódio depressivo e procurava um espaço onde adquirisse técnicas e conhecimento que lhe permitissem estabilizar a doença.

2.3.2.1 História clínica

F. é de nacionalidade portuguesa, tem duas irmãs e um irmão. É casado e tem sete filhos de um primeiro casamento, três do segundo e os outros três são fruto de relações extraconjugais. Tem um mestrado e atualmente trabalha na área de importação e exportação de materiais de construção.

Aos 23 anos foi-lhe feito o diagnóstico de perturbação bipolar e nunca esteve internado. F. relata que durante os episódios depressivos consome muitas bebidas alcoólicas com o intuito de elevar o humor e durante as crises de hipomania tem a libido muito elevada. Na altura tomava um estabilizador do humor, antidepressivos que mais

tarde lhe foram retirados e antipsicóticos. Relativamente aos dados anamnésicos por nós recolhidos, M. descreve uma boa infância, com muitos amigos e uma boa relação com os irmãos. O início da doença deu-se aos 19 anos, em 1990, manifestando uma grande depressão devido às paixões da adolescência. Começou a namorar com a mãe do primeiro filho, numa relação marcada por discussões frequentes e afastamentos sucessivos. F. chorava muito, não tinha vontade de fazer nada e nunca saía da cama. Começou a ser seguido em psiquiatria aos 23 anos, quando lhe foi diagnosticada a perturbação bipolar; casou-se e no ano de 2000 teve o seu primeiro filho: *“O casamento foi igual ao namoro, com muitas discussões” (sic)*. Ainda durante o primeiro casamento conheceu a segunda esposa, por quem se apaixonou. Em 2003 divorciou-se e em 2004 casou-se pela segunda vez, casamento do qual teve três filhos.

Sempre viajou muito em trabalho e numa dessas viagens conheceu outra mulher, com quem teve dois filhos. Esteve três anos a viver no estrangeiro e no regresso assumiu a liderança da empresa do pai, tendo vindo para Portugal na companhia dos dois filhos e da mulher que conheceu no estrangeiro, que veio trabalhar com F.

Em 2013 voltou a deslocar-se ao estrangeiro e conheceu uma quarta mulher, com quem teve um filho. Voltou com esta quarta mulher para Portugal, responsabilizando-se pelas contas e estudos da mesma.

F. considera que tem um bom relacionamento com as mães dos filhos; atualmente continua casado, mas mantém um relacionamento amoroso com a terceira relação referida.

Descreve uma boa convivência com as irmãs e uma relação conflituosa com o irmão mais velho, devido aos problemas alcoólicos do mesmo.

Durante a infância o ambiente familiar nem sempre foi o mais favorável devido aos conflitos e à violência verbal e psicológica que o pai exercia sobre a mãe de F.

Atualmente F. descreve que tem uma boa relação com os pais, apesar de a mãe ser crítica sobre os seus relacionamentos amorosos: *“a minha mãe não aceita o facto de eu ter filhos fora do casamento e nem sabe de todos” (sic)*. Durante a adolescência F. consumiu álcool e haxixe, mas refere que não fazia disso rotina.

2.3.2.2 Genograma

A família de F é constituída por um total de 17 elementos, sete homens e dez mulheres. Ao observarmos o genograma podemos constatar que em termos relacionais

parentais F mantém uma relação de proximidade com o pai, mas com a mãe a relação é descrita como conflituosa, devido ao facto de a mesma reprovar o seu comportamento e as relações extraconjugais que deram origem aos filhos que F teve fora do casamento. As relações fraternais de F são maioritariamente harmoniosas, à exceção da relação com o irmão, que é marcada por vários conflitos. O facto de o irmão ser alcoólico agrava a relação, visto que trabalham juntos.

Do seu primeiro casamento F tem um filho. A relação com a ex-mulher é harmoniosa. F é casado e deste segundo casamento tem três filhos. A relação com a atual esposa é de grande intimidade e companheirismo. F no passado teve um caso amoroso extraconjugal do qual tem uma filha. A relação que mantém com a mãe da sua filha é marcada por discórdias. Atualmente F tem uma relação amorosa da qual tem dois filhos, esta relação é de paixão. No total F tem sete filhos com os quais mantém uma boa relação. É de ressaltar que F tem grande preocupação com o bem-estar e com a educação de todos os seus filhos.

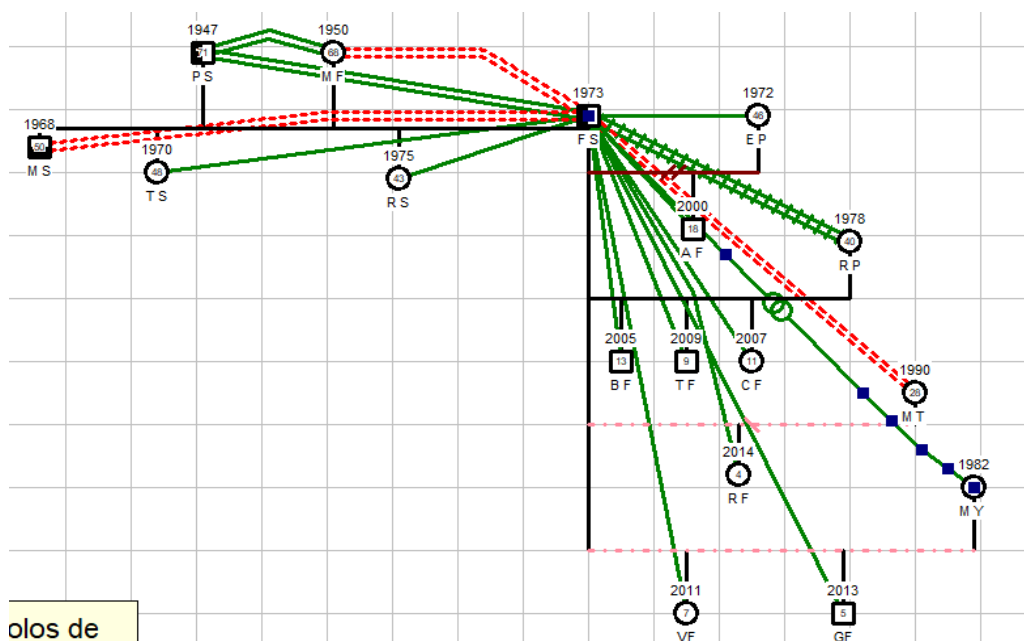


Figura 3. Genograma F

2.3.2.3 Resultados da Avaliação Psicológica

O teste da Figura Complexa de Rey foi desenvolvido em 1942 por Rey e normalizado em 1944 por Osterrieth. Este teste tem como objetivo avaliar a habilidade de organização visuo-espacial, a memória e a motricidade manual. O teste tem duas

etapas, a cópia e a reprodução. Inicialmente é apresentado ao sujeito um desenho e o mesmo deve copiá-lo para uma folha em branco, podendo ser utilizados lápis coloridos para se observar a sequência dos elementos copiados. Posteriormente pede-se ao examinado que reproduza o desenho através da memória (Jamus & Mäder, 2005; Lozano, Collazons & Valcárcel, 2004).

Segundo Derogatis (1994) citado por Silva & Yoshida (2007) o SCL-90-R é um teste que tem como objetivo a avaliação de sintomatologia psicopatológica; é composto por 90 itens que se dividem em nove dimensões: psicoticismo, ansiedade fóbica, ideias paranóides, depressão, ansiedade, hostilidade, somatização, obsessão compulsiva e sensibilidade interpessoal. O sujeito deve responder a cada item numa escala de 0 a 5 pontos.

Relativamente ao SCL-90-R que aplicamos a F. consideramos que não existe sofrimentos significativo, visto que o valor obtido para cada uma das dimensões é inferior a 2.5 valores. Observamos que as dimensões com um resultado mais elevado são a depressão ($t= 1.6$), obsessões compulsões ($t=1.6$) e ansiedade ($t=1,5$). Os resultados obtidos podem estar interligados com facto de apesar de se encontrar estabilizado no momento da aplicação do teste tinha sofrido uma crise depressiva há pouco tempo sendo concordantes com o pensamento ruminante, com a ansiedade e com a falta de motivação descrita ao longo das sessões.

O teste das Matrizes Progressivas de Raven existe em três versões distintas: o teste standard (*Standard Progressive Matrices*), o teste colorido (*Colored Progressive Matrices*) e a o teste avançado (*Advanced Progressive Matrices*). O material para a aplicação consiste no teste, no manual, numa folha de cotação e numa folha de respostas (Almeida, 2009).

Na aplicação do teste da Figura Complexa de Rey, em relação à cópia, o resultado foi de 33, correspondendo ao percentil 50-75. F ao desenhar a figura começou por desenhar o retângulo grande que serviu de estrutura para todo o desenho o que nos levou a classificar a cópia como sendo Tipo I-II que é presente em todas as idades atingindo o máximo de 33.2% nos adultos. A cópia decorreu ao longo de 1.26 minutos. O total da reprodução de memória foi de 14.5 encontrando-se no Percentil 10, o que revela um valor abaixo da média. F demorou 1.36 minutos a reproduzir, e ao terminar a reprodução de memória afirmou que não se lembrava de mais nada.

No que diz respeito às Matrizes Progressivas de Raven, a observação dos resultados indica que o raciocínio lógico e dedutivo revela um quociente de inteligência ≥ 130 , superior à média. Revelando que as capacidades cognitivas de F. não sofreram repercussões com a doença.

2.3.2.4 Síntese das Sessões

Sessão 1

Esta sessão foi de apresentação, tanto do utente como da associação. F apresentava-se muito desmotivado, com dificuldades de concentração. Referiu várias vezes que estava a sair de uma crise depressiva: *“sinto que o pior já passou, mas estou muito em baixo” (sic)*. Falámos um pouco da dinâmica familiar e recolhemos a história clínica.

Sessão 2

Durante a sessão o tema principal foram os pensamentos ruminantes de ciúmes e de perda: *“O que mais me incomoda neste momento é estar sempre a pensar na mesma coisa, tenho muito medo que a minha namorada se interesse por outro homem e me deixe” (sic)*. Na dinâmica familiar, F revela que cuida do pai, que se encontra muito debilitado fisicamente, o que o obriga a desdobrar-se entre a casa do pai, a casa da esposa, a casa da namorada, a direcção da empresa e a responsabilidade dos sete filhos: *“tenho uma vida muito agitada, muita coisa para fazer”, “parece que sou várias pessoas, marido, pai patrão, namorado, filho” (sic)*.

Recorrendo à psicoeducação abordámos a questão da necessidade de estabelecer rotinas saudáveis, principalmente agora que vive uma crise depressiva, sendo essencial atenuar o stress, rotinar o sono e aumentar os períodos de descanso.

Sessão 3

F mencionou que durante a semana continuou a experienciar pensamentos ruminantes intensos, para o que contribuiu o facto de ter viajado na companhia da namorada e de esta ter regressado mais cedo; desta forma, reavivaram-se as inseguranças e o medo de ser traído, sendo-lhe muito difícil controlar os pensamentos. Reforçámos a ideia de que, apesar de serem muito desestabilizadores e difíceis de gerir, os pensamentos ruminantes são um sintoma da doença e que o facto de F. se encontrar numa fase depressiva poderia estar a desencadeá-los.

F contextualiza aqui sentimentos de insegurança que se relacionam com a sua performance sexual: *“o sexo é muito importante para mim, e eu não tenho conseguido desempenhar um bom papel” (sic)*. Reforçámos a ideia de que para F. o sucesso de uma relação amorosa centra-se no desempenho sexual, o que confirmámos através de uma reacção de F: *“Exatamente, é isso mesmo, é que mesmo isso” (sic)*.

F. descreveu ainda um ataque de pânico que teve no aeroporto, durante o qual começou a sentir falta de ar e medo: *“chorava e transpirava e tinha muito medo, não sei do quê, mas sentia muito medo” (sic)* e manifesta receio que se volte a repetir em consequência dos pensamentos ruminantes.

Sessão 4

F descreveu a semana, na qual ocorreu uma discussão com a namorada, mas afirmou sentir-se muito melhor e referiu que as melhoras se deviam ao afastamento dos pensamentos ruminantes: *“realmente sinto que os pensamentos ruminantes são consequência da depressão” (sic)*.

Apesar da melhoria continuava muito ansioso e stressado. Falámos sobre o grupo de stress e ansiedade que existe na associação. Concordámos que seria importante participar neste grupo, com o intuito de aprender técnicas e estratégias para lidar com a ansiedade e conhecer outras pessoas que tivessem o diagnóstico bipolar, visto que F. nunca tinha conhecido alguém com diagnóstico de doença mental.

Sessão 5

Abordou a relação conflituosa com o irmão potenciada pelo facto do irmão ser alcoólico e não assumir as suas responsabilidades na empresa: *“o meu irmão é muito invejoso e é uma autêntica criança, é muito difícil de trabalhar com ele, ele não sabe que eu estou numa má fase e que estou sem paciência para as cenas dele” (sic)*. No contexto da relação com o irmão derivou a conversa sobre a infância, onde F. partilhou que *“era muito traquinas e estava sempre fora de casa” (sic)*. Mencionou muitos amigos, bem como o fato de, durante a adolescência, ter consumido álcool e haxixe socialmente. Revelou que atualmente volta a beber quando entra em depressão, mas nunca mais fumou.

Sessão 6

Faltou à sessão anterior porque estava com uma infeção nas glândulas salivares. Nesta sessão F. apresentava-se agitado, suado e desconcentrado. Falámos sobre a semana, tendo confirmado que estava mais agitado e energético. No decorrer da semana teve relações sexuais com uma amiga de infância e com uma ex-namorada com quem tem uma

filha, e comprou uma moto nova por impulso: *“estava a passar pelo stand e quando dei por mim já estava lá dentro a comprar a moto” (sic)*. Debates sobre a possibilidade de estar a entrar em hipomania e mencionámos quais as estratégias que deviam ser adotadas. Combinámos que F ia ligar ao psiquiatra.

Sessão 7

F foi ao psiquiatra e modificou a medicação, deixando de tomar o antidepressivo. Conversámos sobre as suas relações amorosas. Nesta sessão F refletiu sobre as razões de manter relações com várias mulheres em simultâneo, mesmo sendo casado. Apesar de ter tudo a iniciativa da conversa explorou o tema de uma forma muito superficial.

Já no final da sessão F confidenciou aquilo que considerava ser um trauma de infância, pondo a possibilidade de estar ligado ao seu comportamento actual: durante a adolescência era gozado pelos colegas porque não era tão desenvolvido a nível físico como eles: *“tinha a pilinha pequena e não tinha pelos púbicos, chamavam-me de pilinhas” (sic)*.

Sessão 8

F continua a relação com a amiga de infância com quem se envolveu durante a crise de hipomania. Após alguma reflexão, F conclui que não nutre sentimentos de amor pela amiga, apesar de durante a adolescência ter tido uma paixão forte pela mesma. Referiu ainda que por vezes se sente culpado por manter relações extraconjugais.

Sessão 9

F continua a falar via telemóvel com a amiga de infância apesar de desejar afastar-se: *“deixo de lhe responder e ela faz chantagem emocional comigo” (sic)*. Acrescenta ainda que *“eu gosto de falar com ela, mas não passa disso, ela é atraente, culta e temos muito em comum. Não vou deixar a minha família por ela, mas ela depois manda-me fotografias picantes, é difícil de resistir” (sic)*. F revela que a situação está a tornar-se cansativa e difícil de gerir, mas a sua opção é não fazer nada em relação a isso.

Sessão 10

Nesta sessão falámos sobre a importância do descanso e das horas de sono. F raramente tira um período para descansar, até mesmo ao fim-de-semana tem uma agenda ocupada. Por vezes durante as viagens de negócios passa muitas horas sem dormir, fator que contribui para as crises.

Sessão 11

F continua a falar com a amiga de infância, apesar de querer parar, *“só falo com ela por pena” (sic)*. Afirma ter problemas com a ex-namorada, com quem tem um filho:

“a casa onde ela está é de um amigo meu, e ele vai voltar e ela tem de sair” (sic). Devido ao assunto da casa F zangou-se com o amigo: *“Ela não quer sair, não procura casa e só faz exigências e eu já lhe disse que lhe pago outra casa, mas não pode ser ao preço que ela quiser” (sic).* Sente que a situação está a ficar um pouco fora do controlo, mas quer o melhor para o filho.

Sessão 12

F continua com problemas com a ex-namorada, mas decidiu que vai tomar medidas. Falamos sobre o trabalho e sobre a amiga de infância que lhe continuava a mandar mensagens pelo *Facebook*.

Mencionámos a aproximação do fim das sessões e F reconheceu o papel fundamental do acompanhamento individual na estabilização da doença. Mostrou-se triste com o término das sessões, tendo-lhe sido assegurada a sua continuidade na associação.

Sessão 13

Nesta última sessão F voltou a mostrar o seu desagrado pela nossa partida. Reforçámos a importância de F continuar a ir à associação e de manter o acompanhamento individual, bem como de participar num grupo psicoeducativo para doentes bipolares e mais tarde ingressar no grupo de autoajuda.

2.3.2.5 Discussão Clínica

Inicialmente F apresentava-se a sair de um período de depressão, tinha uma expressão triste no rosto, os ombros caídos, dificuldade em trabalhar, concentrar-se, relacionar-se com os outros e lidar com situações quotidianas triviais.

Referiu que tinha muito interesse em obter informações sobre a doença e o curso da mesma. De início mostrou-se um pouco inseguro ao falar sobre a dinâmica familiar, cuja descrição foi feita de forma defensiva, indiciando receio de uma atitude de julgamento da nossa parte; porém, a nossa aceitação positiva, baseada na terapia centrada no cliente, tornou-o muito mais seguro e à vontade para partilhar pormenores do contexto familiar. O plano de ação traçado por nós relativo à psicoeducação alicerçou-se numa reestruturação múltipla: em primeiro lugar F mudou para um novo psiquiatra, pois a relação que tinha com o anterior era pouco relevante, verificando-se uma estabilização biológica da doença em resultado do acerto da medicação feito pelo novo psiquiatra. O stress era algo muito vincado na sua vida, tendo dificuldade em geri-lo, situação que

aliámos ao facto de nunca ter conhecido alguém com o diagnóstico bipolar, o que de certa forma o fazia sentir sozinho, e F acabou por ingressar no Grupo de Stress e Ansiedade.

Ao longo de todo o processo de acompanhamento fomos sempre identificando os sintomas da doença. F inicialmente lidava muito mal com os pensamentos ruminantes, que lhe causavam desestabilização e angústia, sendo-lhe difícil acreditar que iriam desaparecer com a estabilização da doença. Fomos incisivos sobre a extrema importância de não consumir álcool, visto que para além de modificar o curso da medicação é um fator depressor. Assim, durante o verão F conseguiu resistir ao desejo de beber, com a ajuda da psicoeducação e com a sua força de vontade, conseguindo não ceder.

Os períodos de descanso e de lazer não existiam na vida de F, sendo essenciais como fator protector. Também com o auxílio da psicoeducação F começou a fazer exercícios de *mindfulness* e a tirar períodos (apesar de curtos) para descansar e estar com a família.

O mais difícil de trabalhar foi a dinâmica familiar e as relações amorosas que, frequentemente constituíram um fator desestabilizador na vida e no curso da doença de F.

Em termos gerais F registou um grande progresso, adquirindo competências fundamentais para lidar com o seu diagnóstico e construiu uma rede de suporte, que inclui o médico psiquiatra (com quem tem uma boa relação), a associação, a família e alguns membros que conheceu enquanto participante do grupo de stress e ansiedade.

PARTE III
CONCLUSÃO

Conclusão

Os dez meses de estágio centraram-se, sempre, nas perturbações do humor e na psicoeducação. O conhecimento adquirido ao longo da licenciatura sobre as perturbações do humor, principalmente nas aulas de psicopatologia foi um ponto de partida crucial. Relativamente à psicoeducação, o facto de ingressarmos no grupo Psicoeducativo para familiares de Doentes Bipolares como observadoras, permitiu a aquisição de conhecimentos, postos em prática durante todo o processo de estágio.

A criação de infraestruturas em prol da doença mental em Portugal é uma necessidade urgente, principalmente em instituições particulares de solidariedade social, que ofereçam aos utentes e aos seus familiares apoios e cuidados de saúde continuados, a um preço acessível. Quando um sujeito é confrontado com um diagnóstico de doença mental, ocorre uma mudança radical, tanto na sua vida como na da sua família. Apesar da importância significativa do processo de estabilização da doença com o uso de psicofármacos, é de igual importância o acompanhamento psicológico continuado e utilização da psicoeducação. Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria, em Portugal um terço da população é afetada pela doença mental. A nível mundial apenas um quarto da população necessitada recebe tratamento e apenas 10% considera o tratamento adequado.

Ao longo do estágio fomos confrontadas com pessoas cujas doenças estavam estabilizadas, mas que continuavam com muitas dúvidas, mitos enraizados, estigmas sobre a própria doença e a doença mental em geral. Os familiares que faziam parte da associação estavam, na maioria, esgotados, assustados, com grandes níveis de stress e ansiedade e emersos num grande sentimento de solidão, desamparo e impotência. Sendo o foco, maioritariamente, o doente, as suas famílias caem no esquecimento. É de extrema importância que seja criada uma rede de suporte para os familiares e para os doentes, onde lhes sejam dadas as ferramentas e os apoios necessários para lidarem com a doença.

A possibilidade de exercer uma participação ativa nos grupos teve um impacto muito positivo na aquisição de competências e conhecimentos para uma futura prática clínica. Apesar de inicialmente não ter sido fácil e de existir um grande sentimento de insegurança sublinhamos que os grupos psicoeducativos são o foco principal desde relatório de estágio.

Em ambos os casos clínicos, a psicoeducação e a abordagem centrada na pessoa foram as bases teóricas. Mantivemos sempre uma grande preocupação em criar as

condições necessárias para que as pessoas se pudessem reorganizar e seguir a direção que desejassem.

Registou-se um progresso significativo nos dois casos, principalmente no que diz respeito a uma melhor aceitação da doença. No caso de M a visão negativa que tinha de si mesma modificou-se, começando a acreditar nas suas capacidades e recursos internos para atingir a autonomia e ultrapassar os problemas da vida. A ideia de que um diagnóstico de doença mental era algo que a tornava incapaz de viver a vida que desejava, foi-se desvanecendo. A aceitação positiva foi algo fundamental para o processo terapêutico de M., na medida em que lhe deu a força necessária para acreditar nas suas capacidades.

O caso de F era marcado por um estilo de vida pouco saudável, uma rotina familiar stressante e muitas dúvidas sobre o seu diagnóstico. Neste caso a utilização da psicoeducação potenciou uma melhoria do estilo de vida e uma melhor compreensão do diagnóstico. Para não adquirir um cariz desestruturante na sua vida, futuramente deve trabalhar a rotina familiar.

Ambos os casos foram fulcrais para a nossa aprendizagem. O caso de F. marcou-nos muito na medida em que rapidamente se estabeleceu uma relação de grande cumplicidade, tendo sido difícil, a nível pessoal, ter interrompido o acompanhamento.

Este estágio superou todas as expectativas, na medida em que houve sempre um ótimo ambiente de trabalho e abertura para fomentar as nossas competências. Todos os dias de estágio constituíram um desafio, e afirmamos que foi um prazer integrar instituição.

Esta etapa foi de grande importância, tanto a nível profissional como a nível pessoal. As inseguranças e o medo de falhar que marcaram o início do estágio desapareceram rapidamente com a excelente dupla supervisão, quer do orientador na instituição, quer da orientadora da Universidade Autónoma de Lisboa, que muito contribuíram para a conquista da necessária autonomia. É de salientar ainda o contributo positivo das aulas de seminário de estágio.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A., Felipes, L. & Dal Pozzo, V. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (6), 40-47.
- Almeida, F (2009). Teste das Matrizes Progressivas de Raven (MPCR). *Peritia: Revista Portuguesa de Psicologia*, 6-7.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5. Guia de Referência rápida para os critérios de Diagnóstico (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bénony, H., Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. 1ª edição, Climepsi Editores. Lisboa.
- Bergerete, J., Dubor, P. (2004). *A entrevista com o paciente em psicologia patológica* (2ª edição). Climepsi Editores: Lisboa
- Berk, L (2011). *Guia para cuidadores para pessoas com Transtorno Bipolar*. São Paulo: Segmento Farma.
- Bin Jabal, S. S., Albulushi, K. S., Shokri, M. M., Alsaaid, M. A., Aloufi, A. M., Alsaedi, R. A. & Fatani, W. Y. (2018). Psychological Interventions for The Management of Bipolar Disorder. *Egyptian Journal Of Hospital Medicine*, 70 (5), 745-753.
- Bozarth, J (2002). *Terapia Centrada na Pessoa: Um Paradigma Revolucionário*. Lisboa, Portugal: Ediuial (Obra original publicada em 1998).
- Builes C, M., & Bedoya H, M (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, XXXV (4), 463-475.
- Carvalho, A. (2017) *Depressão e outras Doenças Mentais Comuns*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- CID-10 (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Colom, F. & Vieta, E (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (Supl III), pp. 47-50.

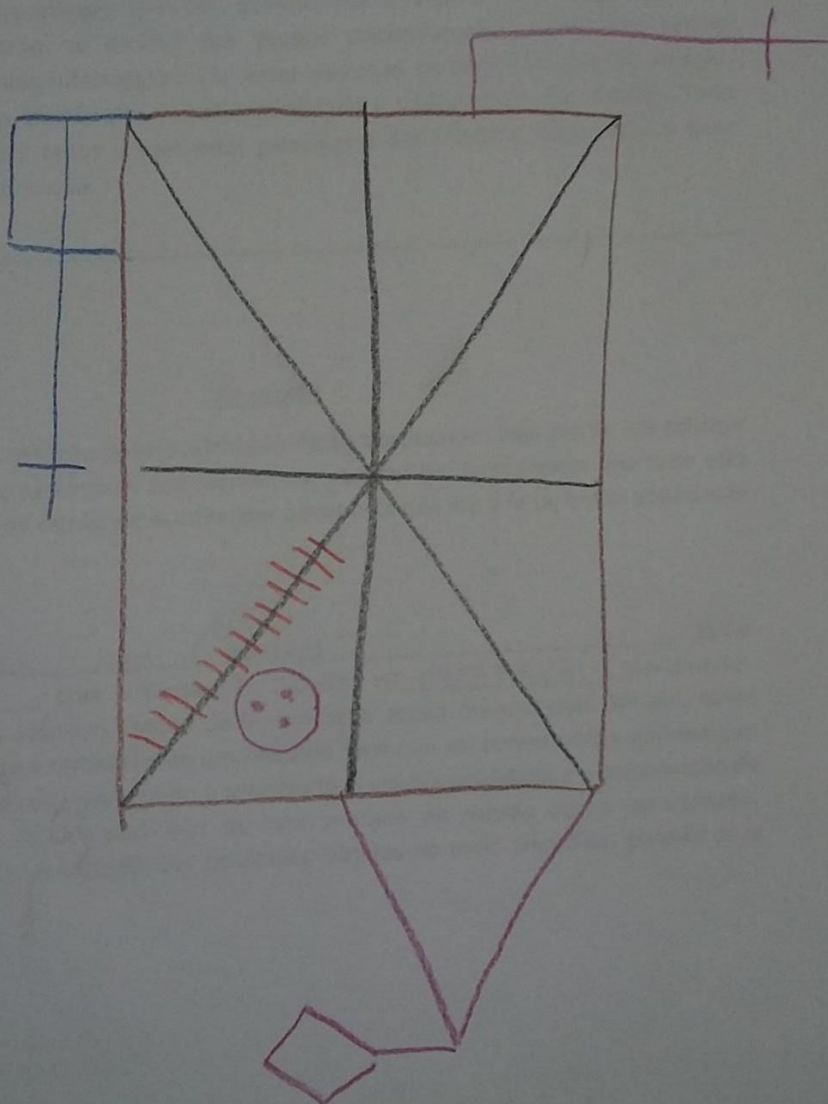
- Çuhadar, D. & Çam, M. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 28 (1), 62-66.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (Supl. 1), 6 - 11.
- DGS (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Saúde Mental em Números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS (2017a). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS (2017b). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Doron, R. & Parot, F (2001). *Dicionário de Psicologia* (1ªed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Figueiredo, M. L (2000). Transtornos ansiosos e transtornos depressivos: aspetos diagnósticos. *Revista da SPAGESP*, 1(1), 89-97.
- Frasquilho, A.M., & Guerreiro, D (2009). *Stress, Depressão e Suicídio Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa, Portugal: EDIUAL
- Jamus, D. R. & Mäder, M. J. (2005). A Figura Complexa de Rey e seu papel na avaliação neuropsicológica. *Journal Off Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 193 – 198.
- Jeon, S. W., Han, C., Ko, Y., Yoon, S., Pae, C., Choi, J. & Zimmerman, M. (2017). A Korean validation study of the clinically useful anxiety outcome scale: comorbidity and differentiation of anxiety and depressive disorders. *Plos ONE*, 12 (6), 1 - 14.
- Kolostoumpis, D., Bergiannaki, J. D., Peppou, L. E., Louki, E., Fousketaki, S., Patelakis, A. & Economou, M. P. (2015). Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder. *International Journal Of Mental Health*, 44 (4), 290-302.

- Larkin, M. & Thompson, A. R. (2012). Interpretative phenomenological analysis in mental health and psychotherapy research. In D. Harper, & A., Thomson (2012). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Leal, I. (2011). *A Entrevista Psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Ledezema, A. & Terriquez, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatria del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara. *Investigación en Salud*, IX (2), 118-124.
- Lozano, R.G., Collazons. L. D. & Valcárcel. E. C. (2004). El Test de La Figura Compleja de Rey- Osterrieth. *Revista Cubana de Psicología*, 21 (3), 234 - 248.
- Montgomery, S.A (1993). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moreira, V (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27 (4), 537 - 544.
- Moreira, L. & Bastos, P. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19 (3), 445-453.
- Moreno, A., Moreno, D. & Ratzke, R (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(Suppl. 1), 39-48.
- Palli, A., Kontoangelos, K., Richardson, C. & Economou, M. P. (2015). Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: Results on family cohesion, caregiver burden, and caregiver depressive symptoms. *International Journal Of Mental Health*, 44 (4), 277 - 289.
- Pérez-Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: Actualidades y futuras direcciones. *Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM*, 60 (5), 7 - 16.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Suppl. 2), 73-80.
- Rey, A (1999). *Figuras Complexas de Rey: Teste de Cópia e de Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

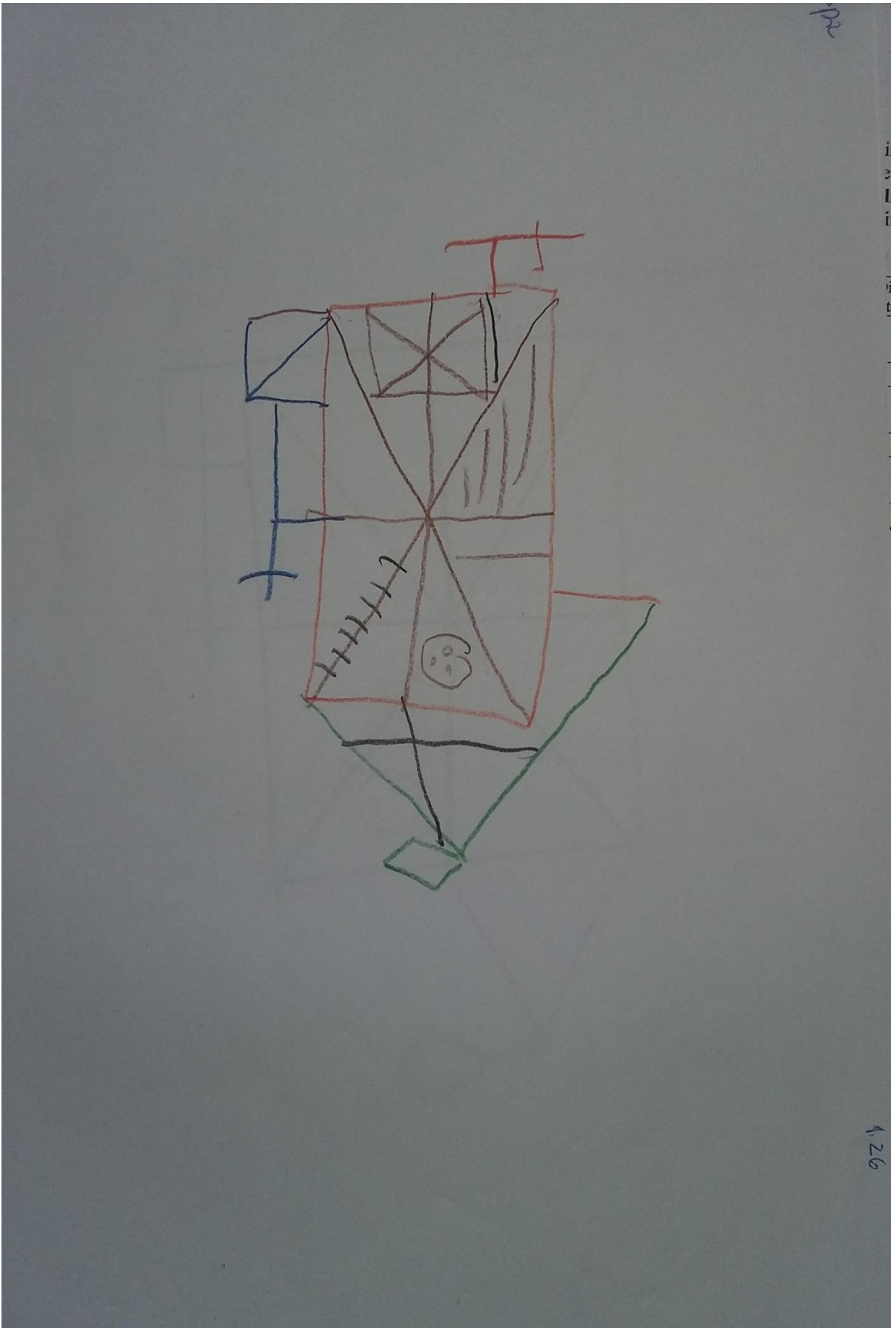
- Santos, C. (2005). Abordagem centrada na pessoa: relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1 (2), 18 - 23.
- Sharif, F., Mahmoudi, A., Ali Alavi, S. & Vossoughi, M. (2016). The effect of family-centered psycho-education on mental health and quality of life of families of adolescents with bipolar mood disorder: A randomized controlled clinical trial. *International Journal Of Community Based Nursing & Midwifery*, 4 (3), 229-238.
- Souza, F. (1999). Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (Suppl. 1), 18 - 23.
- Stahl, S., M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Application*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Telles-Correia, D. (2013). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Trombetta, P. A., Ramos, S. R. F. & Misiak, M. (2015). Relatives of people with mental disorder: Expectations about the disease. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, p.62-71.
- Whiteside, S. P. & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30 (4), 669-689.
- Yoshida, E. M. P. & Silva, F., R., C., S. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS-40): Validar e precisão em amostra não-clínica. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11 (1), pp. 89-99.
- WHO (2011). World Health Organization Regional Office for Europe- Impact of economic crises on mental health. Copenhagen.

ANEXOS

Regra



1.36



NOME

IDADE 44 DATA 29/6/2017 SCL-90-R

INSTRUÇÕES: A seguir vai encontrar uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada uma das questões cuidadosamente e assinale as que nos últimos 7 meses, o/a têm preocupado ou dado cuidados. Não há respostas "erradas" ou "certas" ou para dar uma "boa impressão"; são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

As respostas são sujeitas a segredo profissional.
Não deixe nenhuma questão em branco

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	0	1	2	3	4
	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	EXTREMA MENTE
1. Dores de cabeça.			X		
2. Nervosismo ou tensão interior.				X	
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente.				X	
4. Sensações de desmaio ou tonturas.		X			
5. Perda do interesse ou prazer sexual.				X	
6. Sentir-se criticado pelos outros.		X			
7. Ter a impressão de que alguém pode controlar os seus pensamentos.	X				
8. Ter a impressão que outro são culpados da maioria dos seu problemas.	X	X			
9. Dificuldade em se lembrar das coisa.			X	X	
10. Preocupado com a sujidade ou com a falta de cuidado.		X			
11. Sentir-se facilmente irritado ou zangado.				X	
12. Dores no coração ou no peito.				X	
13. Medo da rua ou dos espaços abertos.		X			
14. Falta de força ou lentidão.			X		
15. Pensamentos de acabar com a vida.	X				
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.	X				
17. Tremuras		X			
18. Sentir que a maioria das pessoas não tem de confiança.	X				
19. Falta de apetite.	X				
20. Choro fácil		X			
21. Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto.			X		
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta.	X				
23. Sentir medo súbito sem razão aparente.			X		
24. Impulsos de temperamentos que não consegue controlar.			X		
25. Sentir medo de sair de casa sozinho.		X			
26. Sentimentos de culpa.			X		
27. Dores no fundo das costas (cruzes).			X		
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas.		X			
29. Sentir-se só.		X			

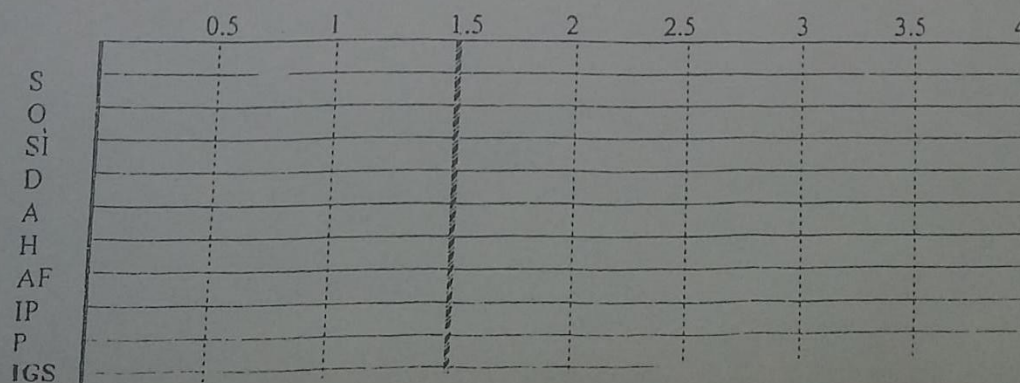
	0	1	2	3	4
Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	EXTREMAMENTE
30. Sentir-se triste.			X		
31. Preocupado em demasia.				X	
32. Não ter interesse por nada.		X			
33. Sentir-se amedrontado.			X		
34. Melindrar-se facilmente.				X	
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos.	X				
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.			X		
37. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.		X			
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que fica bem feito.		X			
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração.		X			
40. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago.	X				
41. Sentir-se inferior aos outros.		X			
42. Sentir dores nos músculos.		X			
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros.	X				
44. Dificuldades em adormecer.					X
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.		X			
46. Dificuldades em tomar decisões.			X		
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio.	X				
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar).	X				
49. Afrontamentos ou calafrios.	X				
50. Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo.		X			
51. Sensação de cabeça vazia.			X		
52. Adormecidos ou picadas (formigueiro) no corpo.		X			
53. Nó na garganta.	X				
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro.			X		
55. Dificuldades e concentração.			X		
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo.			X		
57. Sentir-se tenso ou aflito.			X		
58. Sentir as pernas ou os braços pesados.		X			
59. Pensar na morte ou que vai morrer.			X		
60. Comer demais.			X		
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito.		X			
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios.			X		

① 1 2 3 4

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTAN TE	EXTREMA MENTE
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	X				
64. Acordar muito cedo de manhã.			X		
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções como tocar, contar ou lavar.	X				
66. Sono agitado ou perturbado.				X	
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas.	X				
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham.	X				
69. Sentir-se muito embaraçado junto de outra pessoa.		X			
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema.		X			
71. Sentir que tudo constitui um esforço.			X		
72. Ataques de terror ou de pânico.		X			
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos.		X			
74. Envolver-se frequentemente em discussões.	X				
75. Sentir-se nervoso quando fica só.	X				
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades.	X				
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas.			X		
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.		X			
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor.			X		
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está a acontecer.			X		
81. Gritar ou atirar coisas.	X				
82. Medo de desmaiar em público.	X				
83. Ter a impressão que se desgracia as outras pessoas se aproveitariam de si.		X			
84. Ter pensamentos acerca do caso que o incomodam bastante.		X			
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.	X				
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora.	X				
87. Ter a ideia que algo grave se está a passar no seu corpo.		X			
88. Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa.		X			
89. Sentimentos de culpa.			X		
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente.				X	

Nome: _____

PERFIL SINTOMÁTICO



M. P. R. (R)

Nome

Idade

Profissão

Data

Escolaridade

A			B			C			D			E		
1	4	✓	1	2	✓	1	8	✓	1	3	✓	1	7	✓
2	5	✓	2	6	✓	2	2	✓	2	4	✓	2	6	✓
3	1	✓	3	1	✓	3	3	✓	3	3	✓	3	8	✓
4	2	✓	4	2	✓	4	8	✓	4	7	✓	4	2	✓
5	6	✓	5	1	✓	5	7	✓	5	8	✓	5	1	✓
6	3	✓	6	3	✓	6	4	✓	6	6	✓	6	5	✓
7	6	✓	7	5	✓	7	5	✓	7	5	✓	7	1	✓
8	2	✓	8	6	✓	8	1	✓	8	4	✓	8	6	✓
9	1	✓	9	4	✓	9	7	✓	9	1	✓	9	3	✓
10	3	✓	10	3	✓	10	6	✓	10	2	✓	10	2	✓
11	4	✓	11	4	✓	11	1	✓	11	5	✓	11	4	✓
12	5	✓	12	5	✓	12	2	✓	12	8	✓	12	-	✓
1,40 min			1,10			4,38			6,08			8,16		

Observações

Tempo	Total	Class.
21,52	58	

Psicólogo

Gráfica Mirancorvo, Lda. Miranda do Corvo, 5.000 ex. - EA 60 grs - 1-91

Apl. exp.

Formulário de consentimento informado

Eu, Sara Saramago Geraldês ao estar a fazer o meu estágio académico na _____, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, pretendo observar, acompanhar e recolher informação sobre os utentes da _____ tanto no âmbito dos grupos psicoeducativos como em setting terapêutico. Todas estas informações vão estar descritas no meu relatório de estágio, sempre respeitando o anonimato, a confidencialidade e a identidade dos utentes. Todo este processo assegura tanto o bem-estar psicológico dos utentes, bem como o bom funcionamento da instituição.

Ao utente

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Eu, _____, sócio da _____ nº _____, com o Cartão de Cidadão nº _____, declaro ter sido informado/a sobre o Estudo de Investigação acima mencionado. Sei que neste estudo está prevista a realização de um relatório final que vai conter várias informações sobre mim, mas sempre respeitando o anonimato, a confidencialidade e a preservação da minha identidade. Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Data

____/____/____

Assinatura
