



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

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO DE
REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

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

Autora: Yasmin Eliza Jarbas da Silva

Orientadora: Prof.^a Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da Candidata: 30003403

Julho de 2023

Lisboa

Agradecimentos

Quero principalmente agradecer a todos os meus familiares por me apoiarem durante este percurso.

Aos meus pais, obrigada por todo o carinho, suporte, e por tornarem possível toda esta experiência.

Agradeço aos meus tios, e aos meus avós por sempre me ajudarem, apoiarem e incentivarem durante todo o meu percurso.

Um especial agradecimento ao meu namorado, um dos meus maiores incentivadores ao longo de todo este percurso.

A todas as minhas amigas agradeço também as palavras de apoio, e de compreensão.

Agradeço também a todos os professores que fizeram parte do meu percurso, por todos os ensinamentos e preocupação. Em especial, à minha orientadora do relatório, Prof.^a Doutora Rute Brites, por toda a atenção e disponibilidade.

Agradeço também ao Doutor Filipe Bernardo, meu orientador do local de estágio, por toda a dedicação em partilhar o seu conhecimento, e por sempre me ter ajudado ao longo do estágio académico.

Muito obrigada, também aos meus colegas, e amigos da universidade, por todas as partilhas, e entreaajuda neste percurso. Em especial, à minha colega no local de estágio que sempre me incentivou e apoiou, com quem partilhei momentos inesquecíveis desta experiência.

Todos vocês foram essenciais para que eu pudesse concluir este ciclo.

Resumo

O presente relatório apresenta o trabalho realizado ao longo de um estágio curricular, em contexto de reabilitação psiquiátrica. Este estágio teve como intuito permitir um contacto inicial com a prática da Psicologia Clínica. Visava também o desenvolvimento de competências para utilizar as aprendizagens teóricas, e práticas da Psicologia Clínica, e ainda a preparação para a futura prática profissional na área, tendo sido realizadas um total de 435 horas.

Em Portugal, as perturbações psicopatológicas correspondem a uma das causas mais relevantes da incapacidade para realizar atividades produtivas, tendo a pandemia impactado negativamente a saúde mental de uma parte significativa da população. As Perturbações do Desenvolvimento Intelectual caracterizam-se por um funcionamento intelectual, e comportamento adaptativo inferiores à média normativa. A Perturbação Bipolar diz respeito a uma doença mental, na qual ocorrem alterações radicais do humor, entre episódios de mania ou hipomania, e episódios depressivos.

A saúde mental diz respeito à base do bem-estar individual. Posto isto, a reabilitação psiquiátrica caracteriza-se como um processo que tem o intuito de fornecer à pessoa com perturbação mental a recuperação de um estilo de vida o mais normativo possível. Dentro desta área, é papel do psicólogo centrar-se no funcionamento da pessoa a nível cognitivo, social, profissional e familiar.

Na primeira parte deste relatório são aprofundadas, em termos de revisão de literatura, as problemáticas que foram alvo de intervenção. A segunda parte visa apresentar de forma detalhada as atividades realizadas, bem como um caso de acompanhamento psicológico e um caso de avaliação psicológica.

A diversidade de atividades realizadas no estágio curricular permitiu a compreensão das diferentes funções do psicólogo clínico em contexto de reabilitação psiquiátrica. Uma das suas principais funções consiste em auxiliar a pessoa na gestão da angústia do contexto de internamento. A observação de várias patologias diferentes tornou possível um aprimoramento da capacidade de identificá-las, bem como de relacionamento com as mesmas. Apesar do conhecimento em relação à psicopatologia estar a aumentar, ainda é frequente que se limite a pessoa ao seu diagnóstico, existindo ainda bastante por evoluir.

Palavras-Chave: Psicologia Clínica; Reabilitação Psiquiátrica; Deficiência Intelectual; Perturbação Bipolar

Abstract

This report presents the work carried out during a curricular internship, in the context of psychiatric rehabilitation. This internship was intended to allow an initial contact with the practice of Clinical Psychology. It also aimed to develop skills to use the theoretical and practical learnings of Clinical Psychology, and also to prepare for future professional practice in the area, having been carried out a total of 435 hours.

In Portugal, psychopathological disorders correspond to one of the most relevant causes of inability to perform productive activities, with the pandemic having a negative impact on the mental health of a significant part of the population. Intellectual Development Disorders are characterized by intellectual functioning, and adaptive behavior below the normative average. Bipolar Disorder refers to a mental illness, in which radical mood swings occur, between episodes of mania or hypomania, and depressive episodes.

Mental health concerns the basis of individual well-being. That said, psychiatric rehabilitation is characterized as a process that aims to provide the person with mental disorder to recover a lifestyle as normative as possible. Within this area, it is the role of the psychologist to focus on the person's functioning at the cognitive, social, occupational and family levels.

In the first part of this report, the problems that were the target of intervention are deepened in terms of literature review. The second part aims to present in detail the activities carried out, as well as a case of psychological monitoring and a case of psychological assessment.

The diversity of activities carried out in the curricular internship allowed the understanding of the different functions of the clinical psychologist in the context of psychiatric rehabilitation. One of their main functions is to assist the person in managing the distress of the inpatient setting. The observation of several different pathologies made it possible to improve the ability to identify them, as well as to relate to them. Although knowledge about psychopathology is increasing, it is still often to limit the person to her diagnosis, and there is still much to evolve.

Key-Words: Clinical Psychology; Psychiatric Rehabilitation; Intellectual Disability; Bipolar Disorder

Índice Geral

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice Geral	V
Índice de Tabelas	VII
Lista de Abreviaturas e Siglas	VIII
Introdução.....	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1. Reabilitação Psiquiátrica.....	12
1.1. O Papel do Psicólogo na Reabilitação Psiquiátrica	16
2. Deficiência Intelectual	19
2.1. Deficiência Intelectual e Saúde Mental	22
2.2. O Papel do Psicólogo na Deficiência Intelectual	24
2.3. Intervenção em Situações de Deficiência Intelectual	26
3. Perturbação Bipolar	28
3.1. Perturbação Bipolar em Comorbilidade com a Perturbação Obsessiva Compulsiva.....	32
3.2. Intervenção na Perturbação Bipolar	32
3.3. Papel do Psicólogo na Perturbação Bipolar	33
4. Abordagem Centrada na Pessoa	37
4.1. Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo – Implicações Psicopatológicas	38
PARTE II – OBJETIVOS E DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	41
5. Objetivos do Estágio Académico	42
5.1. Objetivos Gerais	42
5.2. Objetivos Específicos	42
6. Atividades do Estágio Curricular.....	44
6.1. Grupo de Competências Emocionais, Sociais e de Psicoeducação	45
6.1.1. <i>Mindfulness</i>	45
6.1.2. Esquizofrenia	46
6.1.3. Regulação Emocional.....	47
6.2. Grupo de Competências de Regulação emocional	49
6.3. Reuniões Multidisciplinares	51
6.4. Reuniões Comunitárias	51
7. Caso de Acompanhamento Individual	53

7.1. Identificação	53
7.2. Motivo do Pedido	53
7.3. Observação	53
7.4. História Pessoal.....	53
7.5. Análise do Caso com Base na Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo.....	62
7.6. Reflexão Sobre o Caso e Dinâmica das Sessões	65
8. Caso de Avaliação Psicológica	69
8.1. Identificação	69
8.2. Motivo do Pedido.....	69
8.3. Observação	69
8.4. História Pessoal.....	69
8.5. Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados	72
8.5.1. <i>Addenbrooke's Cognitive Examination Revised</i> (ACE-R)	72
8.5.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	73
8.5.3. Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	75
8.6. Resultados	75
8.6.1. <i>Addenbrooke's Cognitive Examination Revised</i> (ACE-R)	75
8.6.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	76
8.6.3. Escala de Depressão Geriátrica	77
8.7. Reflexão/Conclusão	77
9. Conclusão/Reflexão em relação ao estágio curricular.....	80
10. Referências Bibliográficas	83

Índice de Tabelas

Tabela 1. Horário semanal de dezembro de 2022 a junho de 2023.....	44
--	----

Lista de Abreviaturas e Siglas

- AAID – Associação Americana de Deficiência Intelectual
- ACE – R – *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised*
- APA – *American Psychological Association*
- BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DSM – V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*
- EPPIC – *Early Psychosis Prevention & Intervention Centre*
- Exs – Exemplos
- GDS – Escala de Depressão Geriátrica
- IGS – Índice Geral de Sintomas
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- ISP – Índice de Sintomas Positivos
- Nº - Número
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
- Séc. – Século
- TSP – Total de Sintomas Positivos

Introdução

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio curricular é um passo fundamental da preparação para a futura prática profissional dos estudantes, visando dotar o aluno de capacidades para utilizar as suas aprendizagens teóricas, e também práticas, relativas à área da Psicologia. Tem ainda como objetivo aumentar a capacidade de reflexão e discussão sobre todas as atividades realizadas, e preparar o aluno para a futura vida profissional que engloba a cooperação com outros profissionais (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015).

A saúde, a um nível mental, corresponde ao alicerce do bem-estar de cada um, sendo que não é possível falar de saúde sem englobar a saúde psíquica. Esta traduz-se mais especificamente: na competência do indivíduo para se ajustar consoante novos contextos de vida e alterações; na sua capacidade para ultrapassar momentos de crise e solucionar conflitos a nível emocional; em possuir competências para identificar os próprios limites e indicadores de mal-estar psicológico; e ainda capacidade para desenvolver relações adequadas no seu quotidiano (Direção Geral da Saúde [DGS], 2023).

As perturbações psicopatológicas em Portugal dizem respeito a uma das causas mais significativas da falta de capacidade para manter atividades produtivas, levando a um elevado número de baixas profissionais e reformas. As perturbações mentais com maior diagnóstico em Portugal correspondem à Perturbação Depressiva (42.7%), e Perturbações de Ansiedade (22.9%), sendo que a nível europeu, Portugal é o país com maior número de consumo de benzodiazepinas, e também consumo significativo de antidepressivos (DGS, 2023).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022) constatou-se um impacto negativo a nível de saúde mental após a pandemia por parte de 26.6 % da população com faixa etária 16 ou mais anos, sendo este impacto maior nas mulheres (30.2%), que nos homens (22.4%). Destaca-se ainda que, no fator da escolaridade, a população desempregada foi a mais afetada, estando 33.7 % acima da média nacional. A população com ensino superior apresentou-se 27.8% acima da média nacional no que diz respeito a este impacto. Relativamente à necessidade de consultas, a Psiquiatria correspondeu a uma das especialidades com número mais elevado de procura (4.5%), sendo a sexta especialidade mais procurada (INE, 2022).

Tendo sido inaugurada em meados do Séc. XX, a instituição em que foi realizado o estágio curricular situa-se num bairro de Lisboa. A instituição visa uma atuação no âmbito da

psicopatologia que observa a pessoa na sua integridade, tendo em conta os seus aspetos biológicos, sociais, espirituais e psicológicos. Os critérios fundamentais que sustentam a intervenção realizada são a caridade e ciência, que se concretizam em conjunto no valor base da hospitalidade (Site da Instituição).

Com base nas reuniões realizadas na instituição com os diversos profissionais, é possível afirmar que a população alvo da instituição é constituída por doentes com diagnóstico de psicopatologia, com idades a partir dos 18 anos, até à faixa etária dos 65 ou mais anos de idade (em raras exceções podem ser aceites doentes com 16 anos de idade). Em relação ao nível socioeconómico dos utentes este é heterogéneo, indo desde um nível muito baixo, até a um nível elevado (comunicação pessoal, 8 de novembro, 2022).

São diversas as psicopatologias diagnosticadas na instituição, correspondendo as mais comuns a Esquizofrenia, Perturbação Depressiva e Perturbação Bipolar. Existem ainda casos de utentes diagnosticados com Demência, Perturbações de Ansiedade, Perturbações de Personalidade, entre vários outros diagnósticos possíveis, que prejudiquem de alguma forma a qualidade de vida da pessoa, ou a sua autonomia (comunicação pessoal, 8 de novembro, 2022).

A instituição é constituída por oito unidades. As várias unidades incluem serviços de psicogeriatria, curto/médio internamento (utentes em fase aguda de doença), psiquiatria de evolução prolongada e Deficiência Intelectual leve, moderada e grave (comunicação pessoal, 8 de novembro, 2022). A intervenção realizada ao longo do estágio curricular decorreu no âmbito das áreas curto/médio internamento, e Deficiência Intelectual leve a moderada.

A realização deste relatório tem como intuito, numa primeira parte, apresentar uma pesquisa aprofundada relativamente às problemáticas existentes no local estágio que foram alvo de intervenção. Numa segunda parte, terá ainda como objetivo descrever de forma detalhada todas as atividades que decorreram ao longo do estágio curricular, incluindo a apresentação de dois casos (um caso de acompanhamento psicológico e um caso de avaliação psicológica).

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Reabilitação Psiquiátrica

Durante a Antiguidade atribua-se a doença mental a possessões demoníacas e a fatores místicos. Já na Idade Média, a origem atribuída à doença mental correspondia também a aspetos sobrenaturais, fazendo uso de terapêuticas que afligiam sofrimento, como por exemplo exorcismos, sendo escassa a existência de locais para institucionalização (Teixeira et al., 2009).

No século XVIII, com o surgimento do Iluminismo, começou a exercer-se a hospitalidade por S. João de Deus. Esta prática impactou Philippe Pinel, levando ao contrariar desta antiga perspetiva sobre a doença mental (Masson, 1999 citado por Teixeira et al., 2009), e em 1798, à “libertação” das pessoas com doença mental que se encontravam asiladas e algemadas (Teixeira et al., 2009). No decorrer do século XIX, iniciou-se a construção de locais seguros, e entre o período de 1850 e 1950 houve um aumento de hospitais psiquiátricos (Carrier & Kendall, 2000; Leff, 2000 citado por Teixeira et al., 2009).

No início dos anos 50 do Séc. XX ocorreu um movimento de desinstitucionalização que levou a que um grande número de pessoas com doença mental fosse inserido na comunidade sem o devido suporte. Tal alavancou um movimento que promovia a consciência para a doença mental, passando a existir a conceção de que os tratamentos para a doença mental humanizados seriam mais eficientes (Teixeira et al., 2009).

A reabilitação psiquiátrica surgiu entre os anos 1970 e 1980, como uma resposta a este movimento de desinstitucionalização, correspondendo esta a um campo de estudo e de prática (Anthony & Farkas, 2009). A nível nacional, foi em 1960 que teve início a Reforma Psiquiátrica em Portugal, através da Lei de Saúde Mental N.º 2118. Esta lei permitiu a alteração dos cuidados fornecidos a doentes com psicopatologia, visando a sua desinstitucionalização e reinserção na comunidade (Siqueira-Silva et al., 2013). Foi após esta evolução na área da reabilitação psiquiátrica que passou a ser possível abordar a recuperação da doença psiquiátrica como um facto e não apenas como uma possibilidade (Anthony & Farkas, 2009).

O conceito de doença mental grave corresponde à psicopatologia persistente e que impacta de forma significativa a capacidade funcional do indivíduo, sendo que a Esquizofrenia e as Perturbações do Humor, de Ansiedade e de Personalidade correspondem às psicopatologias que mais prejudicam o nível funcional da pessoa (King et al., 2012). Recomenda-se o internamento a nível psiquiátrico para casos onde não existem mais ferramentas possíveis para gestão do problema considerado grave, ou seja, em que existe possibilidade de autolesão, agressão ao próximo, agressão à ordem pública ou incapacidade para ser autossuficiente. O objetivo da internação é possibilitar a estabilização da pessoa, compreendendo quais as suas necessidades a nível psicossocial, e diminuindo riscos (Cardoso & Galera, 2011).

A psicopatologia limita as capacidades do indivíduo, a nível funcional e cognitivo, impossibilitando a correta execução de funções e deveres. É, portanto, necessário possibilitar aos doentes um processo de tratamento que foque não só na saúde mental, mas que inclua também a instrução para corretas opções de estilo de vida e fomente a autonomia com o objetivo de os preparar para o quotidiano fora do internamento (Rasmus et al., 2021).

A reabilitação psiquiátrica visa permitir que a pessoa com perturbação mental possua a possibilidade de reaver um estilo de vida o mais normativo possível. Pode ser desenvolvida consoante diversos modelos, locais, e em qualquer contexto em que haja contacto com a psicopatologia, por exemplo, centros de dia, centros comunitários, e contextos hospitalares. O processo é direcionado a qualquer pessoa cuja psicopatologia limite as suas capacidades, afetando o seu bem-estar e restringindo competências a nível pessoal, relacional e também profissional (Lieberman, 2008).

São dois os principais objetivos do processo da reabilitação psiquiátrica. O primeiro corresponde a auxiliar o doente a estipular quais as tarefas a exercer no quotidiano, a nível educacional, social e profissional. Após concretizado este objetivo é necessário apoiar o doente na indicação dos aspetos em que já possui competências, e identificar quais os recursos de que ainda necessita para atingir esses objetivos estipulados (Anthony & Farkas, 2009).

Já a reabilitação psicossocial diz respeito a um conceito mais abrangente, quando comparado ao conceito de reabilitação psiquiátrica (Hirdes & Kantorski, 2004). Tem como objetivos centrais diminuir a discriminação e estigma associados à doença mental, a construção de uma rede de apoio a longo prazo para a pessoa, bem como o desenvolvimento de melhores capacidades a nível social. Isto engloba ajuda no autoconhecimento de interesses, descoberta de novas atividades de lazer, melhoria da alimentação, manutenção duma habitação e da higiene a nível pessoal (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002).

Este processo deve ser estabelecido consoante três diferentes eixos: rede social, habitação e emprego, permitindo à pessoa a sua reintegração na rede familiar, rede esta que deverá participar também no processo de reabilitação (Saraceno, 2006 citado por Cruz, 2019). É um processo indispensável para que os doentes adquiram capacidades para se enquadrar nos ambientes pelos quais optam para estudar, habitar, adquirir um emprego e desenvolver a sua vida social (Anthony e Farkas, 2009). Atua fornecendo ao doente instruções relativas às tarefas do quotidiano, incluindo por exemplo como desenvolver confiança nas suas capacidades para ser independente, competências a nível interpessoal e social, capacidades para gerir valores monetários e como preencher o seu tempo de desocupação (como por exemplo leitura, ou explorar novos interesses) (Rasmus et al., 2021).

O Modelo de Reabilitação Psiquiátrica proposto por Anthony e Farkas (1990) defende que o sistema de saúde mental não se deve apenas focar nos sintomas ou perturbação que a pessoa tem, devendo ser focos de atenção quatro diferentes fases: o Défice (a perda ou incorreto funcionamento da função a nível psicológico, estrutural, anatómico e fisiológico, como por exemplo alucinações); a disfunção (limitação ou falta de competência para executar alguma tarefa da forma tida como normativa, como por exemplo não conseguir realizar as tarefas do quotidiano); a incapacidade (limitação ou falta de competência para possuir um certo cargo e exercê-lo da forma tida como normativa, como por exemplo estar em situação de desemprego); e a desvantagem (limitação de possibilidades geradas na vida do doente).

Liberman (2008) apresenta a prática dos 10 C's como princípios de orientação para uma correta prática da reabilitação psiquiátrica, devendo este processo ser: compreensivo; contínuo; coordenado; colaborativo; orientado para o consumidor; consistente com a fase da patologia; competente, por ser fundamentado em evidência; conectado com as competências, forças e défices do paciente; compassivo e cooperativo com recursos da comunidade.

Variando consoante os aspetos estipulados pelas entidades oficiais nacionais, atualmente os processos de reabilitação psicossocial são bastante diversos, tanto no que toca ao conteúdo que os compõe, como ao método que utilizam (Vita & Barlati, 2019). Todo o processo de reabilitação psiquiátrica é sustentado empiricamente: primeiramente por literatura que comprova como a reabilitação tem melhores resultados quando estruturada consoante objetivos estipulados pela própria pessoa; em segundo lugar, pela evidência científica que comprova como este processo de reabilitação impacta de forma positiva as competências adquiridas pelo indivíduo, relacionadas às suas atividades de vida diária. É ainda sustentado empiricamente através de pesquisas que apresentam a capacidade unânime ao ser humano para crescer, e mudar na presença duma relação de suporte e de expectativas para o seu futuro (Anthony & Farkas, 2009).

Alguns exemplos de modelos de reabilitação psiquiátrica sustentados por evidência científica são: o Tratamento de Assertividade em Comunidade (eficaz na redução da duração do tempo de internamento, e níveis de desalojamento do doente); Formação em Autogestão da Doença (eficaz no desenvolvimento por parte do doente de capacidades para enfrentar a sua patologia, na diminuição de recaídas e melhoria do funcionamento do indivíduo a nível de socialização); Intervenções Familiares/Psicoeducação (eficaz nos aspetos mencionados anteriormente, e ainda num melhor nível de adesão ao tratamento, maior conhecimento sobre a patologia, melhor capacidade para lidar com questões familiares e menor sobrecarga para os familiares); e a Terapia Comportamental Dialética, mais especificamente intervindo através de

grupos de treino de competências para pessoas com Perturbação de Personalidade Borderline (eficaz na diminuição de sentimentos de raiva, pensamentos suicidas e comportamentos de autolesão) (Vita & Barlati, 2019).

Quando se aborda o processo de reabilitação psiquiátrica mais moderno, tratamos de um processo que defende o conceito de *recovery*. O processo de *recovery* diz respeito não a um resultado que surge, mas sim a um processo que a pessoa atravessa, reconstruindo uma nova forma de lidar e viver com a patologia. Neste processo, a nível individual a pessoa deixa de ser apenas a patologia, criando-se expectativas para o futuro e sentimentos de esperança. Traduz-se também em incitar no indivíduo a iniciativa para participar e se envolver no processo fornecendo-lhe hipóteses de escolha, e ainda através da criação de uma ligação com a pessoa, e não com a sua doença (King et al., 2012). O conceito de *recovery* deve incluir o modelo médico, visando o aliviar dos sintomas, e o modelo de reabilitação clássico para o aumento do nível funcional da pessoa. No entanto deve também abranger os aspetos psicológicos inerentes ao processo de recuperação (Teixeira et al., 2009).

O processo de reabilitação psicossocial e o conceito de *recovery* têm ambos a sua origem na conceção de inclusão, e de substituição do modelo apenas centrado no internamento (Cruz, 2019). No entanto o processo de reabilitação psicossocial relaciona-se com o objetivo de desinstitucionalizar, visando aumentar a independência e o funcionamento da pessoa, enquanto o conceito de *recovery* se relaciona com a forma como a pessoa com doença mental experiencia todo o seu processo de recuperação (Lopes, 2011). Para além disso, o conceito de *recovery* distingue-se pois permite ampliar perspectivas relativas à reabilitação psicossocial colocando em foco o paciente, e potenciando o processo de reabilitação psicossocial (Cruz, 2019).

Um conceito importante e bastante incentivado por técnicos é o conceito de *empowerment* no processo de reabilitação, sendo uma das principais metas para pessoas com perturbação mental grave (King et al., 2012). Define-se *empowerment* do paciente como o facto de possibilitar que este passe a possuir um papel ativo no que toca às escolhas relativas ao seu tratamento, bem-estar e saúde, abandonando um papel apenas passivo (Castro et al., 2016). Desta forma, a visão contemporânea de reabilitação psiquiátrica observa a reabilitação como um dos fatores que compõe todo o processo de *recovery*, e não substitui o trajeto individual da pessoa (King et al., 2012).

É importante referir que o processo de reabilitação psicossocial não deve ser forçado, e em caso de processo de tratamento não voluntário o foco será sempre alcançar um acordo com a pessoa, estruturando o seu plano de reabilitação consoante as suas próprias metas (King et al.,

2012). Para que o processo de reabilitação psiquiátrica seja considerado um processo bem sucedido, o indivíduo deverá preencher os seguintes aspectos: uma diminuição dos sintomas da sua perturbação no que diz respeito à gravidade e frequência dos mesmos; estar integrado em alguma atividade que seja produtiva, e ajustada a sua idade (exs: escola, faculdade ou emprego); possuir a capacidade de viver autonomamente e executar as suas tarefas do quotidiano (exs: gerir valores monetários, e confeção dos seus alimentos); e conseguir estabelecer relações positivas no seu quotidiano, tomando como exemplo relações com familiares, colegas de trabalho, amigos, ou cônjuge (Lieberman, 2008).

1.1 O Papel do Psicólogo na Reabilitação Psiquiátrica

Ao longo da História o trabalho do psicólogo associa-se à reforma psiquiátrica através da intervenção no sofrimento do doente com psicopatologia, e ainda no desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida para o mesmo (Sales & Dimenstein, 2009). O papel do psicólogo dentro da reabilitação psiquiátrica foca-se no funcionamento da pessoa a nível cognitivo, social, profissional e familiar (Lieberman, 2008). Consiste também em observar a pessoa como alguém que procura lidar com a sua doença, visando compreender a forma como experiencia a sua realidade, e a atitude de outros em relação à sua patologia. Auxilia ainda a pessoa a lidar com todos os desafios que surgem a nível inter-relacional (Fonseca, 2012).

O psicólogo clínico utiliza conhecimento e técnicas baseadas em evidência científica com o objetivo de aumentar os níveis de bem-estar da pessoa, sendo um dos seus principais focos de intervenção a reabilitação focada num indivíduo, um grupo ou comunidade. Posto isto, é função de todo o psicólogo inserido em unidades, ou serviços de psicologia: o acompanhamento psicológico individual do doente; a execução de avaliações psicológicas, e de diagnóstico de forma individual, ou grupal (OPP, 2018). Todo o profissional que exerce o processo de reabilitação psiquiátrica necessita de estar familiarizado com os pontos principais do processo, e ter a capacidade para colocar em prática estes princípios (Anthony & Farkas, 2009).

No que diz respeito ao acompanhamento psicológico realizado pelo psicólogo num contexto de reabilitação psiquiátrica, fala-se mais especificamente do papel desempenhado pelo terapeuta de referência. As suas funções consistem principalmente na constante supervisão do estado mental em que a pessoa se encontra; na diminuição da experiencição traumática e ansiosa por parte da pessoa em relação ao seu internamento; no auxílio da redução da influência que a perturbação causa de forma psicossocial na vida da pessoa; e também em auxiliar a pessoa a reinserir-se e enquadrar-se na sociedade, retornando ao seu percurso normativo (Early

Psychosis Prevention & Intervention Centre [EPPIC], 2001). O acompanhamento psicológico deverá possibilitar também o desenvolvimento da pessoa com doença mental a nível psicossocial (Waisberg et al., 2008). Através duma escuta corretamente executada deve propor soluções de enfrentamento para os obstáculos que geram sofrimento à pessoa com doença mental (Mânica & Tessmer, 2007).

A intervenção é dividida em duas fases, correspondendo estas à fase aguda e fase de recuperação. A intervenção em fase aguda consiste na psicoeducação da pessoa e familiares, tendo em consideração aspetos como um ambiente conflituoso ou estado de negação, e ainda desconstruir ideias negativas pré-concebidas sobre psicopatologia. Consiste também na psicoeducação relacionada com a medicação da pessoa, e ainda em auxiliar a mesma a reorganizar-se e compreender todo o estado de confusão que advém da forma como percebe a doença (EPPIC, 2001).

Já na fase de recuperação o psicólogo monitoriza o estado mental da pessoa e sua evolução, mantém a psicoeducação, e auxilia a pessoa a alcançar um melhor entendimento em relação a tudo o que experiencia. Nesta fase é acrescentada a função de ajudar a pessoa a aumentar as suas capacidades de forma a alcançar as metas que estipulou, reinserindo-se na comunidade, e ainda a de auxiliar na diminuição do risco de recaída (EPPIC, 2001).

O psicólogo clínico em contexto de reabilitação psiquiátrica executa também as avaliações psicológicas dos utentes. Este é um processo particular à área da psicologia, que é realizado por meio de protocolos validados com o intuito de dar resposta a uma determinada informação em falta. Utiliza instrumentos e técnicas baseados em evidência científica consoante aspetos que orientam o administrar dos instrumentos, bem como a sua cotação de resultados e interpretação (OPP, 2016). De acordo com a OPP (2018) é também função do psicólogo criar ações para sensibilizar e dotar os doentes com informação sobre saúde mental. Dentro do processo de reabilitação psiquiátrica é contruído um plano específico de reabilitação para a pessoa, desenvolvido por uma equipa multidisciplinar na qual se inclui o psicólogo, visto que este processo é elaborado com base em diversas áreas de avaliação, e diferentes fontes profissionais de informação (Lieberman, 2008). Este projeto terapêutico, específico a cada pessoa, deve ser estruturado apresentando uma solução para cada meta estipulada, o que implica uma reavaliação contínua, e a capacidade de flexibilidade. Para que tal seja possível a elaboração deste projeto deverá resultar do trabalho coletivo da equipa profissional e familiares, visando também uma redução do estigma relativo à saúde mental (Hirdes & Kantorski, 2004).

O psicólogo que se encontra inserido numa equipa multidisciplinar deverá ainda executar e debater toda a atividade que tenha como objetivo promover o bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Fossi & Guareschi, 2004).

No processo de reabilitação psiquiátrica a relação estabelecida entre o doente e o técnico é um ponto importante para o sucesso da intervenção, devendo o profissional genuinamente “entregar-se” ao utente para que haja maior probabilidade de que este atinja os objetivos que estabeleceu (Anthony & Farkas, 2009). É de extrema importância a aliança terapêutica entre psicólogo e utente, devendo o profissional adotar uma postura empática, englobando sempre o ponto de vista da pessoa sobre a sua situação, e expectativas para o futuro. A existência duma aliança terapêutica entre psicólogo e utente irá possibilitar que este evolua mais facilmente de forma a atingir uma recuperação (Lieberman, 2008).

2. Deficiência Intelectual

Caracteriza-se o funcionamento intelectual da pessoa como a sua competência global para entender a realidade, e ter capacidade para interagir com a mesma. Este funcionamento corresponde aos pensamentos, às emoções e aos comportamentos tidos pela pessoa, os quais lhe permitem utilizar a inteligência para a execução de atividades. Inclui a competência para raciocinar de forma lógica, de forma prática, competências a nível verbal, entre vários outros aspetos (Lee et al., 2019).

De acordo com a décima primeira edição do manual *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11) (2019) as perturbações do desenvolvimento intelectual constituem-se por uma capacidade de funcionamento intelectual e comportamento adaptativo abaixo da média normativa, causadas por aspetos de etiologia variada, ao longo do período de desenvolvimento (OMS, 2019).

Já de acordo com a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (*American Psychiatric Association* [APA], 2013) os défices a nível do funcionamento intelectual podem afetar o domínio social, conceitual e prático da pessoa, sendo que os três seguintes critérios devem ser preenchidos:

Critério A – Défice a nível de funcionamento intelectual que afete capacidades como a resolução de problemas, o raciocínio, a capacidade de planear, o pensamento abstrato, a aprendizagem escolar, a aprendizagem a partir da experiência e a capacidade de julgamento (APA, 2013);

Critério B – Défice a nível de funcionamento adaptativo que afete a capacidade de seguir regras socioculturais, e a responsabilidade a nível social. Estes défices devem restringir o funcionamento de uma ou mais atividades de vida diária, do quotidiano, e em contextos diferentes como o emprego, a escola, casa e comunidade (APA, 2013);

Critério C – Os défices adaptativos e intelectuais anteriormente referidos devem ter tido início no período de desenvolvimento, sendo que o nível de gravidade é estipulado consoante o funcionamento adaptativo (APA, 2013).

Existem vários graus de perturbação de Deficiência Intelectual, correspondendo estes ao grau ligeiro, moderado, grave e profundo (APA, 2013), no entanto serão aprofundados os graus leve, e moderado. No que diz respeito à perturbação do desenvolvimento intelectual ligeira, esta corresponde a um funcionamento intelectual entre dois e três desvios-padrão abaixo da média (mais especificamente um desvio que se situa entre os percentis 0.1 – 2.3). Este funcionamento deverá ser avaliado através de testes padronizados e administrados de forma individual, ou por fatores do comportamento possíveis de ser comparados (OMS, 2019).

Manifesta-se pela dificuldade para adquirir e compreender aspetos a nível da linguagem considerados complexos, e também aspetos a nível de capacidades académicas. Por norma não existe dificuldade na manutenção dos cuidados pessoais simples, nem nas tarefas domésticas ou atividades a nível prático. Pessoas com Deficiência Intelectual ligeira são capazes de possuir um estilo de vida, e um emprego de forma quase totalmente autónoma, sendo o apoio quase nunca necessário (OMS, 2019).

No que diz respeito ao domínio conceptual da perturbação do desenvolvimento intelectual ligeira, as capacidades a nível conceptual são ao longo do seu desenvolvimento sempre muito inferiores à dos pares. Na fase pré-escolar, as capacidades linguísticas e escolares são adquiridas de forma lenta. Já na fase escolar, o desenvolvimento para as competências de leitura, matemática e escrita é também lento e significativamente inferior ao dos pares. Na fase da vida adulta é preciso a existência de um apoio contínuo para usufruir de capacidades académicas, sendo normalmente estas competências muito básicas (APA, 2013).

Já o domínio social da pessoa, ao nível da interação social, é considerado imaturo, quando comparado aos pares. Isto manifesta-se mais especificamente em dificuldades para compreender pistas a nível social, dificuldades para comunicar e para regular a intensidade das emoções. Existe ainda dificuldade para perceber situações sociais que acarretam risco, e uma vulnerabilidade para ser manipulado por outros (APA, 2013).

Em relação ao domínio prático, o apoio necessitado corresponde geralmente à deslocação de transportes, à capacidade de gerir valores monetários e à confeção de alimentos. No que diz respeito ao emprego, este por norma corresponde a uma função em que não são necessárias competências conceptuais. É ainda necessário apoio para questões burocráticas (como por exemplo documentos), e na constituição duma família (APA, 2013).

Já na perturbação do desenvolvimento intelectual moderada, o nível de funcionamento intelectual situa-se entre três e quatro desvios-padrão abaixo da média (funcionamento entre os percentis 0.003 e 0.1). Tal como na perturbação de Deficiência Intelectual leve, esta avaliação deverá ser feita com base em testes padronizados, e administrados individualmente, ou por fatores do comportamento possíveis de ser comparados (OMS, 2019). No que diz respeito às capacidades linguísticas e académicas, estas podem ser variadas, no entanto por norma limitam-se a competências básicas. Apesar da maioria ter a capacidade de realizar tarefas domésticas, práticas e os cuidados pessoais básicos, necessitam em geral de apoio contínuo para alcançar um emprego na vida adulta (OMS, 2019).

No que diz respeito ao domínio conceptual da perturbação do desenvolvimento intelectual moderada, este é sempre marcado por capacidades bastante abaixo das capacidades

de compreensão conceptual dos pares. Numa fase pré-escolar, é lenta a aquisição de competências a nível de linguagem, e académicas. Na idade escolar é também bastante lento o desenvolvimento da escrita, da leitura, da capacidade de compreender a noção de tempo, e de dinheiro quando comparado às capacidades dos colegas. Na vida adulta é necessário apoio para qualquer situação que envolva capacidades académicas, sendo as suas capacidades apenas básicas (APA, 2013).

Em relação ao domínio social, existem discrepâncias significativas quando comparadas ao comportamento social dos pares, que se manifestam através duma linguagem muito simples, única ferramenta para a comunicação. Existe a competência para se relacionar com amigos e familiares, e em certos casos relações amorosas na fase adulta, porém podem por vezes não compreender corretamente pistas sociais. Também as competências para tomar decisões, e de julgamento a nível social, são afetadas (APA, 2013).

No que diz respeito ao domínio prático, atividades como alimentar-se, vestir-se, cuidados de higiene pessoal, e tarefas domésticas são bem-sucedidas, após uma longa fase de instrução. Estas pessoas possuem capacidades para manter um emprego, no entanto esta função não deverá necessitar de capacidades conceptuais, nem demasiada comunicação, e deverão possuir apoio por parte de todos os outros colegas (APA, 2013).

Os fatores de risco para a Deficiência Intelectual correspondem a fatores fisiológicos e genéticos, podendo estes ser: pré-natais, como por exemplo síndromes genéticas, doença por parte da mãe ou influências a nível ambiental (mais especificamente consumo de drogas ou álcool); perinatais, devido a acontecimentos no parto ou momento do nascimento que originam encefalopatia; ou pós-natais, através de lesão cerebral traumática, infeções ou perturbações convulsivas (APA, 2013).

No que diz respeito à sua prevalência, a Deficiência Intelectual afeta cerca de 1% da população mundial, e o número de homens afetados é maior do que o de mulheres (APA, 2013). Por norma, são os comportamentos da criança com Deficiência Intelectual que levam à procura de ajuda profissional, e não o baixo nível de inteligência (Ke & Liu, 2015).

No decorrer da História, o acesso de pessoas com Deficiência Intelectual a fatores essenciais como educação, emprego e saúde tem sido dificultado devido ao estigma social, o que origina um baixo nível de escolaridade, dificuldade para possuir um emprego, e pouca inserção social (Toldrá et al., 2010). Existia uma visão sobre a pessoa com deficiência, que a considerava alguém incapacitado e sem competências para poder ser independente. Porém, esta conceção foi sendo modificada graças à evolução da ciência, e às lutas a nível social por parte das pessoas com Deficiência Intelectual (Leite, 2022).

Existiu também uma alteração na concepção de deficiência, tendo esta inicialmente sido considerada um estado mental, em seguida uma condição do Ser Humano, e mais recentemente uma situação em que a pessoa se encontra (Carvalho, 2016). A alteração da terminologia teve como objetivo clarificar que a pessoa com Deficiência Intelectual possui capacidades para ser autónoma, quando exposta a um correto processo de instrução, e estimulação (Leite, 2022). Estas mudanças têm impacto na pessoa a nível social e ético, mas também nas intervenções propostas para a Deficiência Intelectual (Carvalho, 2016).

A Associação Americana de Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento (AAID) apresenta os cinco seguintes fatores que devem ser tidos em conta para o diagnóstico de Deficiência Intelectual:

- 1 – Todo o défice no funcionamento atual da pessoa deve ser observado inserido dentro da comunidade em que a pessoa vive, incluindo a sua cultura, a sua idade e os seus pares (AAID, citado por Shalock et al., 2010).
- 2 – A avaliação corretamente efetuada engloba os fatores que distinguem a pessoa a nível sensorial, comportamental, de comunicação e motor (AAID, citado por Shalock et al., 2010).
- 3 – A pessoa com Deficiência Intelectual possui aspetos positivos em simultâneo com os seus défices (AAID, citado por Shalock et al., 2010).
- 4 – Ao enumerar as limitações da pessoa, é essencial criar um perfil dos apoios que serão necessários (AAID, citado por Shalock et al., 2010).
- 5 – Por norma, existindo recursos de apoio ajustados à necessidade da pessoa, o seu nível de funcionamento tende a melhorar (AAID, citado por Shalock et al., 2010).

Este modelo da AAID engloba fatores socioculturais e pessoais da condição de saúde, permitindo a compreensão da Deficiência Intelectual inserida numa abordagem socioecológica. O conceito principal do modelo é a adaptação a nível social, tornando possível englobar a importância dos impactos ambientais para a pessoa. A apresentação deste modelo permite ainda entender a Deficiência Intelectual para além do modelo clínico, englobando o contexto em que a pessoa está inserida, as suas dimensões de adaptação e participação a nível social (Carvalho, 2016).

2.1 – Deficiência Intelectual e Saúde Mental

Existe uma maior vulnerabilidade a nível biológico por parte das pessoas com Deficiência Intelectual a diversas doenças, incluindo maior probabilidade de sofrer com questões da saúde mental (Gustafsson et al., 2009). Adultos com diagnóstico de Deficiência Intelectual frequentemente apresentam problemas a nível da saúde mental (Cooper et al., 2007),

sendo que existe uma estimativa de que 40% destas pessoas possuam perturbações mentais associadas (Campos & Surjus, 2014).

Pessoas com o diagnóstico de Deficiência Intelectual possuem diversos aspetos de risco reunidos para o surgimento de doença mental (Campos & Surjus, 2014). Tome-se como exemplo de fatores de risco a contínua exposição a desvantagem a nível social (Emerson & Hatton, 2007), o stresse e a instabilidade a nível familiar (Merrick et al., 2006). Encontram-se também mais sujeitas ao stresse por conta de aspetos como apoio a nível ambiental diminuído e falta de crença nas suas competências (Lunsky, 2008).

No que toca às psicopatologias mais frequentemente associadas à Deficiência Intelectual, estas correspondem ao défice de atenção e hiperatividade, às perturbações de ansiedade, à perturbação do espectro do autismo e perturbações depressivas, sendo que a Perturbação Depressiva major pode ser diagnosticada em todos os níveis de gravidade da Deficiência Intelectual (APA, 2013). A Perturbação Bipolar, a Esquizofrenia, e a Perturbação Obsessiva Compulsiva podem ser também diagnosticadas na deficiência intelectual, sendo que na deficiência intelectual ligeira os sintomas manifestados são iguais aos da população sem deficiência intelectual (Ke & Liu, 2015).

Pessoas com Deficiência Intelectual podem também mostrar-se agressivas, infligindo dano ao próximo ou até danificar propriedades (APA, 2013). Podem ainda manifestar pensamentos de suicídio, ou até mesmo tentativas de suicídio. No entanto o suicídio é bastante incomum nas pessoas com Deficiência Intelectual, visto que este inclui a tomada de decisão, o que leva a que pessoas com Deficiência Intelectual leve possuam mais tendência para pensamentos de suicídio (Dodd et al., 2016 citado por Costa et al., 2021; Ludi, 2012).

Um estudo (Garcia & Pereira, 2021) indica que as pessoas com Deficiência Intelectual demonstram precisar de possuir apoio e se sentirem valorizadas no que diz respeito aos seus sentimentos. Isto tornará possível que desenvolvam os seus comportamentos consoante a sua própria realidade, em cada diferente fase da vida. Ao partilharem com outros as suas experiências pessoais, como sentimentos de solidão, de angústia, ou tristeza, pessoas com Deficiência Intelectual desenvolvem a sua autoperceção e autonomia (Garcia & Pereira, 2021). Possuem também a capacidade de entender aspetos psicológicos impactantes, podendo necessitar de ajuda para que haja esta compreensão (Garcia, 2012).

Um estudo apresentado por Reis et al. (2019) indica que as pessoas com Deficiência Intelectual também percebem o estigma existente no contexto social em que se inserem, no entanto são capazes de lidar com este fator através de um processo de mudança de perceção da sua autoimagem, e resiliência.

2.2 – O Papel do Psicólogo na Deficiência Intelectual

A área da Psicologia tem tido um importante papel no que toca a melhorar a qualidade de vida das pessoas com Deficiência Intelectual, não se limitando a executar um diagnóstico sem que exista uma meta prática a atingir (Caetano & Mendes, 2013). Tem também permitido alargar a visão sobre a pessoa com deficiência através de um maior conhecimento, e da identificação de pontos fortes na pessoa, tornando possível o seu desenvolvimento (Tada et al., 2012).

Num contexto de intervenção com pessoas com Deficiência Intelectual o psicólogo possui como funções: fornecer orientação aos familiares; criar atividades que os familiares possam realizar com a pessoa com Deficiência Intelectual; encaminhar para qualquer tipo de atendimento exterior à instituição; elaborar ações terapêuticas e estruturar as atividades a realizar (Queiroz, 2005 citado por Caetano & Mendes, 2013). Deverá também ainda ajudar os outros técnicos a compreenderem que competências da pessoa com Deficiência Intelectual necessitam ser desenvolvidas, estruturar dinâmicas em grupo, e se necessário, dinâmicas com os familiares (Queiroz, 2005 citado por Caetano & Mendes, 2013).

O facto de as pessoas com Deficiência Intelectual possuírem poucas competências a nível afetivo e comportamental é também justificado pela superproteção e infantilização que experienciam. Estes aspetos não permitem que possam experienciar a sua realidade consoante a sua real idade cronológica. Posto isto, a função do psicólogo perante a Deficiência Intelectual deve consistir na procura de estratégias que desenvolvam o crescimento interior, a capacidade de independência e autonomia da pessoa (Glat, 1999).

Cabe também ao psicólogo instruir comportamentos que permitem a adaptação ao meio, de forma direta e indireta, sendo a relação terapêutica um momento em que se apresenta à pessoa com Deficiência Intelectual um padrão de relacionamento positivo, e um modelo no qual se pode espelhar (Glat, 1999). Consiste também em estabelecer uma relação positiva, onde se aceite e valorize os pontos positivos, e simultaneamente estejam estipulados limites para os aspetos onde a pessoa apresenta dificuldade. Mediante este tipo de relação, são maiores as possibilidades de uma melhoria na autoestima e na recuperação da individualidade da pessoa, dotando a pessoa com capacidades para se integrar e ajustar à comunidade (Glat, 1999).

O papel do psicólogo dentro da Deficiência Intelectual consiste também em intervir sobre os comportamentos desafiadores da pessoa, devendo cumprir os seguintes passos: compreender em que contextos existem estes comportamentos; proceder a uma descrição minuciosa do comportamento; compreender a interação com o próximo nas situações em que

existem estes comportamentos, e explorar que necessidades a pessoa com Deficiência Intelectual considera conseguir preencher através destes comportamentos (Ke & Liu, 2015).

Um aspeto também importante no processo de acompanhamento psicológico da pessoa com Deficiência Intelectual corresponde em auxiliá-la a encontrar novas oportunidades, e maior bem-estar ao longo do seu processo de envelhecimento, processo em que existe mais perda de capacidades (Girardi et al., 2012).

No que toca à avaliação psicológica, é importante referir que os testes constituem apenas uma parte da mesma. O processo de avaliação psicológica deverá possuir como objetivo delinear um acordo entre a pessoa com Deficiência Intelectual, e toda a sua rede social (Caetano & Mendes, 2013). Para efeitos de uma avaliação corretamente efetuada, esta deverá ser ampla, englobando a competência a nível intelectual e o nível do funcionamento adaptativo, porém também a avaliação para perturbações a nível mental, comportamental e emocional. É importante a recolha de informação junto a conhecedores da pessoa para o levantamento de sintomas como humor desregulado, agressividade, irritabilidade, problemas a nível da qualidade do sono e da alimentação. Para a realização da avaliação deverão ser tidos em conta antecedentes culturais, de linguagem e o funcionamento adaptativo existente na comunidade onde a pessoa se insere (APA, 2023). Para que a avaliação realizada seja completa é necessário ainda englobar o historial médico familiar, e também todo o ambiente familiar da pessoa e os recursos a que tem acesso (Ke & Liu, 2015).

A avaliação de Deficiência Intelectual pressupõe a quantificação do QI por meio de testes padronizados, como por exemplo a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças. É também muito importante a avaliação do comportamento adaptativo, realizada através de Escalas de Comportamento Adaptativo, aliadas ao julgamento clínico do profissional (Ke & Liu, 2015).

É importante ter em conta que frequentemente as perturbações específicas do desenvolvimento ou um baixo nível de rendimento escolar são diagnosticados incorretamente como Deficiência Intelectual. Também crianças sujeitas a privação ambiental, podem manifestar sintomas que se confundem com a Deficiência Intelectual. Portanto, apesar de corresponder a uma situação muito pouco frequente a privação ambiental deve também ser descartada (Ke & Liu, 2015).

Após realizar-se o diagnóstico, deverá ocorrer uma análise dos pontos fortes da pessoa com Deficiência Intelectual, e em contrapartida dos seus pontos fracos, pontos onde serão necessários os apoios (APA, 2023). Ao longo da sua atuação profissional, o psicólogo deve ter em conta que a pessoa com Deficiência Intelectual não deve ser infantilizada, visto que este

ato leva à sua desconsideração como adolescente ou adulto, mantendo a pessoa limitada à situação de dependente, sem esperança no seu potencial para se desenvolver (Tada et al., 2012).

2.3 – Intervenção em Situações de Deficiência Intelectual

O tratamento na Deficiência Intelectual tem como objetivos diminuir os sintomas, reduzir incapacidades, aumentar a qualidade de vida e instruir competências a utilizar no quotidiano, não procurando uma cura (Ke & Liu, 2015).

A intervenção deverá ocorrer o mais cedo possível, e permanecer de forma contínua de forma a permitir um melhor funcionamento adaptativo, e deve ser estruturada tendo cada caso como único, devido às especificidades de cada um (APA, 2013). Os aspetos que devem ser tidos em conta para esta estruturação da intervenção são o nível de gravidade de Deficiência Intelectual, aspetos familiares e o nível de compromisso que a pessoa estabelece com as diferentes áreas de adaptação (Schwartzman & Lederman, 2017). A intervenção deverá também ser multidisciplinar, visto que a Deficiência Intelectual se manifesta através de défices em diferentes áreas (Schwartzman & Lederman, 2017).

Pelo facto de corresponder a uma perturbação complexa, o diagnóstico de Deficiência Intelectual tem também impacto sobre a rede familiar, acarretando aspetos sociais, emocionais e psicológicos da mesma. Pode ser gerado um ambiente com alto nível de stresse contínuo na dinâmica da família (Santos & Pereira-Martins, 2016). Pode ainda existir, por parte da rede familiar, uma subestimação das competências da pessoa com Deficiência Intelectual devido à observação da mesma como infantilizada, não tendo em consideração os seus projetos e desejos pessoais. Um dos fatores essenciais para que não haja esta desconsideração, no estruturar da intervenção é o diálogo existente entre a própria rede familiar (Aldrigue et al., 2015). É por isso necessário capacitar os profissionais com competências mais humanizadas para auxiliarem, e instruírem a rede familiar da pessoa com Deficiência Intelectual (Branco & Ciantelli, 2017).

Um dos tipos de intervenção indicada para a Deficiência Intelectual corresponde ao treino de competências sociais (Gustafsson et al., 2009). Este baseia-se em quatro eixos principais: o treinamento de capacidades, onde através de técnicas comportamentais de aprendizagem se praticam os comportamentos necessários para que haja inclusão da pessoa; a redução da ansiedade, sendo que através de técnicas de relaxamento se realiza o treino para adquirir capacidades para enfrentar a ansiedade; a reestruturação cognitiva, que ocorre através da aquisição de novos comportamentos que a longo prazo tornam possível modificar as crenças da pessoa; e o treino de resolução de problemas, que diz respeito a treinar a pessoa para

compreender várias perspectivas duma situação, e assim ser capaz de alcançar eficientemente as suas metas pretendidas (Caballo, 1999 citado por Lima & Carvalho, 2020).

O treino das atividades do quotidiano como higiene pessoal, e tarefas domésticas são intervenções frequentemente utilizadas, para além da reabilitação a nível profissional. Também intervenções como o treino cognitivo e psicoterapia são por norma intervenções indicadas, especialmente em casos onde exista algum problema de saúde mental, em conjunto com a Deficiência Intelectual (Gustafsson et al., 2009).

Outra intervenção a nível social, adequada para as pessoas com Deficiência Intelectual corresponde ao apoio ativo. No apoio ativo todos os técnicos adquirem habilidades para criar um plano de atividades focados na pessoa com Deficiência Intelectual, e passam a possuir habilidades para encorajar a pessoa a se envolver nas atividades que rodeiam o seu quotidiano (Ali et al., 2014). É também indicada a prática frequente de atividade física, devido à sua capacidade de melhorar a execução das tarefas do quotidiano e atividades a nível social, auxiliando a pessoa a desenvolver-se a nível físico e psicológico (Nunes & Pereira, 2016).

Quando há a existência de problemas a nível da saúde mental em pessoas com Deficiência Intelectual, a intervenção mais adequada corresponde a abordagens comportamentais, aliadas a abordagem farmacológica, e intervenções psicoterapêuticas (Vereenooghe & Langdon, 2013). Os resultados do estudo de Vereenooghe e Langdon (2013), indicam que a psicoterapia apresenta um efeito positivo moderado sobre questões de saúde mental em pessoas com Deficiência Intelectual. Para além disso os resultados indicam também que a psicoterapia realizada individualmente com esta população apresenta mais eficácia do que a realizada em grupo (Vereenooghe & Langdon, 2013).

No entanto são poucos os estudos relativos à eficácia da psicoterapia com resultados controlados, devido a questões sobre a eficiência do tratamento e questões éticas relacionadas com o consentimento. Dada a elevada prevalência de perturbações do foro psiquiátrico em pessoas com Deficiência Intelectual vê-se como necessidade mais estudos empíricos sobre a psicoterapia nesta área (Vereenooghe & Langdon, 2013). Existe atualmente ainda a necessidade de desenvolver intervenções psicológicas para a área da Deficiência Intelectual, baseadas em evidencia científica, que permitam melhorar não só a prevenção da Deficiência Intelectual, mas também intervir de forma eficiente, e de acordo com a ética (Gómez et al., 2021).

3. Perturbação Bipolar

Entre 1851 e 1854 após realizar observações longitudinais, o psiquiatra francês Falret apresentou a condição de loucura circular. Esta condição era caracterizada por episódios melancólicos e maníacos, separados por fases sem presença de sintomatologia. Ainda em 1854, Baillarger propôs o conceito “loucura de dupla forma”, referindo-se a uma condição em que ocorriam episódios cíclicos de melancolia e de mania (Pichot 1995; Ritti, 1879 citado por Angst & Sellaro, 2000).

A componente afetiva do ser humano é um aspeto crucial dos processos psicológicos de cada um, uma vez que sentimentos e emoções correspondem aos principais orientadores da nossa ação. Podem manifestar-se a nível externo, através de comportamentos, ou interno, através da própria experiencição da pessoa, e todo o impacto causado no seu funcionamento psíquico. Na interação existente entre esta manifestação interior e exterior, inserem-se as afetividades patológicas, correspondendo a Perturbação Bipolar a uma perturbação do humor (Meireles & Cameirão, 2005).

A Perturbação Bipolar corresponde então a uma psicopatologia caracterizada por alterações radicais do estado de humor, sendo estas oscilações entre episódios de mania ou hipomania, e episódios depressivos (Rantala et al., 2021).

De acordo com o DSM-V a perturbação bipolar enquadra-se entre o espectro da Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, e as perturbações depressivas. Insere-se entre estas perturbações visto que os sintomas, a história a nível familiar e os fatores genéticos da Perturbação Bipolar podem ser observados como uma ligação entre as duas perturbações anteriores (APA, 2013). Ainda consoante o mesmo Manual, a Perturbação Bipolar pode dividir-se em Tipos I e II (APA, 2013). Os próximos critérios devem ser preenchidos relativamente ao episódio de mania para que se concretize um diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo I:

A – Ao longo do mínimo de uma semana deverá existir um estado de humor continuamente elevado e anormal, irritável ou expansivo com alto nível de energia focada num objetivo. Este estado de humor deverá ocorrer durante grande parte do dia, praticamente todos os dias (APA, 2013).

B – Ao longo do período referido anteriormente devem ser preenchidos três ou mais dos sintomas mencionados a seguir, demonstrando na pessoa uma alteração notória a nível do comportamento:

1 – Autoestima aumentada ou grandiosidade; 2 – Redução do período da necessidade de sono; 3 – Verbalização acima do normal; 4 – Aceleração dos pensamentos; 5 – Fácil distração; 6. Agitação a nível psicomotor, ou aumento de atividade focada em certo objetivo; 7 – Exagero

no envolvimento em atividades que possivelmente levarão a consequências negativas (como imprudências a nível sexual, compras exageradas ou investimento em negócios sem fundamento) (APA, 2013).

C – O estado de humor existente deve ser grave ao ponto de impactar negativamente o funcionamento ocupacional da pessoa, a sua vida social, e de existir necessidade de internamento para impedir autolesões, lesões ao próximo, ou por existirem características psicóticas (APA, 2013).

D – A ocorrência deste estado de humor não se justifica por efeitos de alguma substância (como substâncias tóxicas ou algum tipo de medicação), ou por alguma outra condição médica (APA, 2013).

É importante referir que para um diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo I a pessoa deverá ter apresentado pelo menos um episódio maníaco (APA, 2013).

No que toca aos episódios de hipomania, estes frequentemente ocorrem na Perturbação Bipolar tipo I, porém não devem obrigatoriamente ser preenchidos para que haja este diagnóstico (APA, 2013). Estes episódios são caracterizados pelos seguintes critérios:

A - Ao longo do mínimo de uma semana deverá existir um estado de humor continuamente elevado e anormal, irritável ou expansivo com alto nível de energia. Este estado de humor deverá ocorrer ao longo de um período mínimo de quatro dias, durante grande parte do dia, praticamente todos os dias (APA, 2013).

B - Ao longo do período referido anteriormente devem ser preenchidos três ou mais dos sintomas mencionados a seguir (quatro caso o humor seja somente irritável), demonstrando na pessoa uma alteração notória a nível do comportamento:

1 – Autoestima aumentada ou grandiosidade; 2 – Redução do período da necessidade de sono; 3 – Verbalização acima do normal; 4 – Aceleração dos pensamentos; 5 – Fácil distração; 6 - Agitação a nível psicomotor, ou aumento de atividade focada em certo objetivo; 7 – Exagero no envolvimento em atividades que possivelmente levarão a consequências negativas (como imprudências a nível sexual, compras exageradas ou investimento em negócios sem fundamento) (APA, 2013).

C – O episódio relaciona-se a uma alteração evidente do funcionamento da pessoa, que não existe quando este se encontra sem sintomas (APA, 2013).

D – A alteração no funcionamento da pessoa deve ser possível de observar por outros (APA, 2013).

E – A ocorrência do episódio não tem impacto suficiente para prejudicar gravemente a pessoa a nível do seu funcionamento ocupacional, a sua vida social, ou existir necessidade de

internamento. Caso existam características psicóticas, o episódio corresponde a um episódio maníaco, e não hipomaníaco (APA, 2013).

F – A ocorrência deste estado de humor não se justifica por efeitos de alguma substância (como substâncias tóxicas ou algum tipo de medicação), ou por alguma outra condição médica (APA, 2013).

Já no que diz respeito ao episódio depressivo maior os seguintes critérios devem ser preenchidos:

A - Cinco ou mais dos sintomas apresentados a seguir devem ocorrer ao longo dum período mínimo de duas semanas, sendo que pelo menos um dos sintomas presentes deve corresponder à perda de interesse e prazer, ou em alternativa ao humor deprimido. Os sintomas correspondem então: 1 – Durante a maior parte do dia, e praticamente todos os dias o estado de humor é deprimido (exemplos mais específicos são sentimentos de tristeza, falta de esperança ou sensação de vazio); 2 – Redução significativa no prazer ou no interesse por quase todas, ou todas as atividades; 3 – Redução ou aumento do peso corporal ou do apetite; 4 – Hipersónia ou insónia praticamente todos os dias; 5 – Lentificação psicomotora, ou agitação psicomotora praticamente todos os dias; 6 - Falta de energia praticamente todos os dias; 7 – Culpa em excesso, ou sentir-se inútil praticamente todos os dias; 8 – Redução da capacidade de concentração, pensamento ou indecisão praticamente todos os dias; 9 – Frequentes pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio ou elaboração de um plano de suicídio (APA, 2013).

B – A sintomatologia presente deve gerar sofrimento significativo, ou impactar negativamente a vida social ou ocupacional da pessoa (APA, 2013).

C - A ocorrência deste estado de humor não se justifica por efeitos de alguma substância (como substâncias tóxicas ou algum tipo de medicação), ou por alguma outra condição médica (APA, 2013).

Em relação ao diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo II a pessoa deve preencher os critérios para um episódio de hipomania no momento presente ou no passado, e os critérios para um episódio depressivo maior no momento presente ou no passado (APA, 2013).

Os critérios de diagnóstico para ambos os episódios referidos anteriormente são idênticos aos critérios descritos previamente consoante o DSM-V na Perturbação Bipolar tipo I. O critério principal que permite a distinção entre os dois tipos de Perturbação Bipolar é que para que se concretize o diagnóstico do tipo II, nunca poderá ter existido um episódio maníaco (APA, 2013).

Podem também ocorrer na Perturbação Bipolar episódios mistos, quando a sintomatologia dos episódios maníacos e dos episódios depressivos se manifesta em simultâneo (Bosaipo et al., 2017).

É importante referir que a ocorrência de sintomas psicóticos ao longo da Perturbação Bipolar aumenta o nível de gravidade da patologia (Bora et al., 2007). De acordo com o estudo realizado por Bora et al. (2007) pessoas com Perturbação Bipolar psicóticas apresentam défices a nível da função executiva e de memória.

O período de vida em que há risco mais elevado para o surgimento da Perturbação Bipolar corresponde à fase entre o final da adolescência e o início da idade adulta (Duffy et al., 2020). Acredita-se que isto se deva ao desenvolvimento a nível biopsicossocial enfrentado entre os 16 e os 30 anos (Paus et al., 2008 citado por Duffy et al., 2020). A Perturbação Bipolar pode ter o seu início em qualquer idade, incluindo na infância, porém, geralmente o seu pico ocorre entre os 20 e os 40 anos. Em certos casos esta perturbação pode também acontecer em fases mais tardias, após os 50 anos de idade, denominando-se Perturbação Bipolar de início tardio. Cerca de 10 % dos diagnósticos são realizados nesta faixa etária (Trindade, 2019).

Os fatores de risco e prognóstico para a Perturbação Bipolar tipo I poderão ser ambientais, ou genéticos e fisiológicos (APA, 2013). Em termos dos aspetos ambientais, a perturbação é mais frequentemente diagnosticada em pessoas de alto nível económico, havendo uma proporção de 1.4% de diagnósticos, comparado a 0.7% em pessoas com baixo nível económico. Também pessoas divorciadas, viúvas ou que enfrentaram uma separação demonstram maiores taxas de Perturbação Bipolar tipo I em relação a pessoas casadas, ou que nunca chegaram a casar (APA, 2013). Já no que se refere aos aspetos a nível genético e fisiológico, a presença de histórico familiar de Perturbação Bipolar é um dos fatores que indicam maior risco, sendo este risco 10 vezes maior do que em indivíduos sem este histórico familiar (APA, 2013).

Os fatores de risco e prognóstico para a Perturbação Bipolar tipo II são genéticos e fisiológicos, sendo que existindo histórico familiar de Perturbação Bipolar tipo II há uma maior probabilidade do surgimento da perturbação (APA, 2013).

Acredita-se também que a exposição a algum trauma ao longo das etapas de neurodesenvolvimento mais iniciais, englobando ainda a fase da vida adulta jovem, aumenta o risco para o desenvolvimento desta perturbação psiquiátrica. Traumas impactam a forma como a pessoa responde a acontecimentos stressantes biologicamente, e psicologicamente, podendo levar ao desenvolvimento da Perturbação Bipolar (Quidé et al., 2020).

3.1 Perturbação Bipolar em Comorbilidade com a Perturbação Obsessiva Compulsiva

A Perturbação Obsessiva Compulsiva caracteriza-se por comportamentos obsessivos e/ou compulsivos. Os comportamentos obsessivos manifestam-se mais especificamente por pensamentos, imagens frequentes e contínuas, ou impulsos que a pessoa experiencia como intrusivos. Já as compulsões manifestam-se por comportamentos repetitivos ou atividades a nível mental que a pessoa necessita realizar obrigatoriamente (APA, 2013).

É frequente existir uma comorbilidade entre a Perturbação Bipolar e a Perturbação Obsessiva Compulsiva, correspondendo esta taxa a percentagens de 12 a 23% das pessoas com Perturbação Bipolar (LaSalle et al, 2004; Timpano et al., 2012). Quando a Perturbação Obsessiva Compulsiva se sobrepõe a outras psicopatologias, existe uma influência negativa na recuperação da pessoa, e ainda uma redução da sua qualidade de vida (Pallanti & Grassi 2014; Jakubovski et al. 2012). A Perturbação Obsessiva Compulsiva pode também piorar o curso da Perturbação Bipolar, passando esta a ter um curso mais crónico (Koyuncu et al., 2010).

Segundo Amerio et al. (2014) os sintomas da Perturbação Obsessiva Compulsiva frequentemente são secundários à Perturbação Bipolar, e não uma perturbação isolada (Annigeri et al., 2011). Existindo um diagnóstico primário de Perturbação Bipolar, a Perturbação Obsessiva Compulsiva aparenta relacionar-se aos episódios em que o humor se altera, manifestando-se os sintomas frequentemente ao longo dos episódios depressivos, e diminuindo nos episódios de hipomania ou mania (Amerio et al., 2016). Os episódios de mania em pessoas com Perturbação Obsessiva Compulsiva podem corresponder a uma comorbilidade isolada, ou derivar de uma alteração provocada pela medicação antidepressiva (Annigeri et al., 2011).

Pessoas com Perturbação Bipolar e comorbilidade de Perturbação Obsessiva Compulsiva manifestam mais sintomas relacionados com obsessões religiosas e sexuais, e menos obsessões a nível da necessidade de controlo e rituais (Perugi et al., 1997). É também frequente que estas pessoas apresentem um número maior de episódios depressivos, pensamentos de morte, necessidade de internamento (Mahasuar et al., 2011) e tentativas de suicídio (Freeman et al., 2002).

3.2 Intervenção na Perturbação Bipolar

O tratamento da Perturbação Bipolar, a nível médico, tem vindo a corresponder a uma junção de farmacoterapia como estabilizadores do humor, e tratamentos do sono (Miklowitz, 2019).

As intervenções psicossociais mostram ser eficazes em reduzir o número de recaídas, de oscilação do estado de humor, e melhoria da aderência à terapia medicamentosa. São cruciais no tratamento e recuperação de pessoas com Perturbação Bipolar (Yatham et al., 2013 citado por Bosaipo et al., 2017). De acordo com a análise de Fiorilo et al. (2013), também a intervenção familiar de suporte auxilia na recuperação da Perturbação Bipolar através da diminuição de recaídas e internamentos.

Em casos onde existe uma dificuldade na estabilização do sono e da vigília, indica-se a Terapia Interpessoal e de Ritmo Social (Miklowitz, 2019). A Terapia Interpessoal e de Ritmo Social engloba psicoeducação, porém centra-se também em auxiliar a pessoa a lidar com os seus ritmos sociais. Tem como objetivo padronizar e regular os padrões do quotidiano da pessoa, e simultaneamente solucionar problemas a nível interpessoal que tenham impacto negativo no seu estado de humor, e estabilidade (Knapp & Isolan, 2005).

A psicoterapia contemporânea considera a singularidade do percurso de vida de cada pessoa, e também qual o tratamento pelo qual tem preferência. Auxilia a pessoa a aceitar a sua medicação, os eventos que desencadeiam a Perturbação Bipolar e ainda como enfrentar os mesmos, permitindo à pessoa adquirir competências para estar menos vulnerável a episódios da perturbação. Porém, a psicoterapia não tem capacidade para curar a Perturbação Bipolar, não podendo ser observada como uma substituição da terapia medicamentosa. Deve ser um meio de intervenção para manutenção do tratamento, e não para as fases agudas dos episódios (Miklowitz, 2019).

A psicoterapia realizada a nível dos familiares mais próximos permite que a rede familiar possua mais informação sobre a Perturbação Bipolar, e ainda seja instruída para ser capaz de enfrentar o stresse gerado (Miklowitz, 2019).

A psicoterapia em grupo realizada com pessoas com Perturbação Bipolar é caracterizada pelo debate de ações, sentimentos e experiências associadas à perturbação. Indica-se que estes grupos sejam de carácter educativo, e tenham como meta dotar as pessoas com estratégias para alterar as situações, aprendendo estas a regular aspetos como o seu humor, ou o seu ciclo de sono-vigília (Miklowitz, 2019).

3.3 Papel do Psicólogo na Perturbação Bipolar

A Perturbação Bipolar pode ser definida como uma patologia complexa não só em termos de compreensão, mas também de identificação. Esta dificuldade deve-se às alterações que a pessoa manifesta a nível de pensamentos, ações e hábitos, que podem ser semanais, mensais ou anuais (Lóss et al., 2019).

A Perturbação Bipolar corresponde a uma perturbação psiquiátrica grave que gera impacto negativo muito significativo a nível psicossocial (Kato, 2019). Esta perturbação do humor atinge uma em cada 50 pessoas, havendo uma elevada possibilidade de causar problemas a nível social, familiar e profissional. Para além disso, estas pessoas são mais vulneráveis a doenças físicas por exemplo a nível cardiovascular, ou dependência de consumo de álcool ou drogas (Miklowitz, 2019).

Pessoas com Perturbação Bipolar lidam com diversas dificuldades, maioritariamente geradas pelas consequências de comportamentos em episódios agudos, pois passam a não ter capacidade de se autorregular. Demonstram também dificuldades no convívio a nível social, visto que as pessoas ao seu redor podem optar pelo afastamento para evitar sofrimento psíquico. A dificuldade em manter a concentração e raciocinar de forma lógica, a irritabilidade e o sofrimento a nível psíquico que a pessoa vivencia prejudicam o seu desempenho normal em atividades do quotidiano, o que pode causar a sua exclusão social (Lóss et al., 2019).

Para além da pessoa com Perturbação Bipolar, também a sua rede familiar experiencia sentimentos como medo, e desconforto, o que pode resultar na sua escolha pelo isolamento social (Lóss et al., 2019).

As ações grandiosas tidas pelas pessoas com Perturbação Bipolar durante o episódio maníaco possuem consequências muito negativas. Para além de acarretar riscos a nível de saúde para a pessoa, causam também sentimentos de vergonha que podem piorar os episódios depressivos (Miklowitz, 2019).

Episódios de hipomania são caracterizados por pensamentos de grandiosidade mais discretos em comparação aos episódios maníacos. Os pensamentos correspondem por exemplo a ser mais inteligente ou mais criativo, não chegando a alcançar o pensamento delirante, como por exemplo possuir poderes especiais. Porém estes episódios podem ser agradáveis para a pessoa que os experienciam (Miklowitz, 2019).

Por outro lado, os episódios depressivos levam ao desacelerar das funções cognitivas, como por exemplo a atenção ou tomada de decisão, sendo frequentes as dificuldades a nível de memorização (Miklowitz, 2019). Ruminações são bastante comuns nos episódios depressivos, correspondendo estas a pensamentos persistentes sobre uma situação em específico, que geram sentimentos de culpa, de inutilidade e desesperança (Miklowitz, 2019).

Porém a principal dificuldade enfrentada pela pessoa com Perturbação Bipolar diz respeito à sua própria realidade. Por esta razão é preciso que haja uma compreensão da pessoa sobre a sua doença, permitindo-lhe controlar a sintomatologia, e aumentar a sua qualidade de vida (Lóss et al., 2019).

Pessoas com Perturbação Bipolar possuem um risco de morte por suicídio mais elevado em comparação a outras psicopatologias, havendo por isso certos fatores de risco para o qual se deve ter atenção na avaliação do risco. Estes correspondem a tentativas prévias de suicídio, histórico familiar de tentativas de suicídio ou suicídio efetuado, ou episódios depressivos maiores em relação aos episódios de mania, ou hipomania. O tratamento farmacológico, a intervenção precoce, e o acompanhamento na fase depressiva da Perturbação Bipolar diminuem os riscos de suicídio. Também o apoio por parte da rede familiar, social e o apoio psicológico permitem diminuir este risco (Miller & Black, 2020).

As intervenções a nível psicológico parecem ter a sua eficiência afetada pelas características individuais da pessoa, bem como a evolução da Perturbação Bipolar (Reinares et al., 2014). A intervenção psicológica é mais eficaz nas fases em que a pessoa se encontra estabilizada, manifestando vontade de querer enfrentar a sua doença e adquirir estratégias para evitar recaídas (Miklowitz, 2008).

O acompanhamento psicológico em grupo demonstra ser eficaz na recuperação da pessoa com Perturbação Bipolar, e na sua qualidade de vida (Costa et al., 2016). A psicoeducação realizada em grupo, ou a nível familiar melhoram a estabilidade fornecida pela farmacoterapia (Prasko et al, 2013). Para além disso as intervenções realizadas por psicólogos centradas na rede familiar da pessoa, podem auxiliá-los a adquirir competências para dar suporte a pessoa com a perturbação (APA, 2015).

Porém, nem todas as pessoas conseguem usufruir deste tipo de acompanhamento, devido a dificuldades para se relacionar com os outros constituintes do grupo, ou de conseguir executar as atividades apresentadas. É por isso papel do psicólogo compreender tais dificuldades, e realizar uma intervenção que se adeque à pessoa (Costa et al., 2016).

O tratamento a nível psicológico engloba programas terapêuticos, avaliações e testes adicionais (Lóss et al., 2019). O papel do psicólogo na intervenção com a pessoa com Perturbação Bipolar consiste em ajudar a pessoa a lidar com os sintomas da doença, a reconhecê-los, a melhorar a qualidade das suas relações e ainda a modificar comportamentos negativos e padrões de pensamento (APA, 2015).

Existem determinados fatores que podem desencadear os episódios na Perturbação Bipolar (Berk, 2011). Estes correspondem: a eventos de vida que geram intensa tensão, tanto positivos como negativos (alguns exemplos seriam desemprego, nascimento de um filho ou término de uma relação) (Johnson, 2005); interrupção dos padrões habituais de sono (como por exemplo estar mais cansado do que o habitual devido a eventos sociais ou viagens) (Plante & Winkelman, 2008); não possuir uma rotina, através de um plano elaborado com horários para

atividades do quotidiano) (Frank et al., 2006); estar exposto a demasiados estímulos exteriores, como barulho, desorganização ou datas de limite de entrega no emprego (McManamy, 2006); demasiados estímulos causados pelo próprio, como a realização de diversas atividades em simultâneo, ou tentativa de atingir metas desafiantes (McManamy, 2006); consumo de substâncias entorpecentes ou bebidas alcoólicas (Cassidy et al., 2001); situações de interação conflituosa, ou estressante (Miklowitz, 2007); ou a falta de correto tratamento para a Perturbação Bipolar (Berk, 2011).

As técnicas de autogestão dizem respeito a capacitar a pessoa com ferramentas para identificar os estímulos que desencadeiam os episódios, e adequar o seu estilo de vida consoante esses estímulos (Miklowitz, 2019).

Frequentemente pessoas com Perturbação Bipolar possuem um diagnóstico errado de Perturbação Depressiva major devido ao facto de procurarem ajuda profissional queixando-se de sintomatologia depressiva. É por isso importante tentar identificar se existiram episódios anteriores de hipomania, ou mania, uma vez que um diagnóstico correto é essencial para uma intervenção eficaz com a pessoa (Bosaipo et al., 2017).

A intervenção da equipa multidisciplinar é importante logo na avaliação inicial da pessoa com Perturbação Bipolar. Para a estruturação de um plano de intervenção a equipa deverá construir um plano consoante as questões problemáticas que a pessoa apresenta, e as metas que pretende alcançar. Em seguida cabe à equipa analisar a eficiência da intervenção, através da avaliação do progresso existente, e da aliança terapêutica da pessoa com a equipa, sendo a aliança terapêutica um indicador de bom prognóstico. É também papel da equipe multidisciplinar apresentar à pessoa e à sua rede familiar diversas opções de intervenções adequadas como acompanhamento individual, ou intervenções em grupo (Machado-Vieira, 2004).

Pessoas que sofrem de Perturbação Bipolar sofrem com um estigma social existente, visto que é frequente associarem as suas atitudes a escolhas de vida pessoais, ou à sua moral. Posto isto alguém que é diagnosticado com Perturbação Bipolar poderá sentir um distanciamento dos outros, ao tomarem conhecimento do seu diagnóstico (Miklowitz, 2019).

É importante que os profissionais de saúde mental tenham conhecimento da história de vida da pessoa com Perturbação Bipolar, para poder criar uma visão completa da mesma, e estabelecer com ela uma relação positiva, e de confiança (Fonseca, 2006). A forma como a pessoa com Perturbação Bipolar se comporta não deve ser atribuída apenas ao seu diagnóstico, mas sim ser observada como uma interação entre a pessoa e os fatores históricos, biológicos e contextuais que a rodeiam (Costa et al., 2016).

4. Abordagem Centrada na Pessoa

No século XX, durante o início dos anos 40, após uma experiência de caráter acadêmico e clínico, Carl Rogers apresentou os princípios da Terapia Centrada no Cliente, que caracterizou como uma abordagem não diretiva (Leal, 2018). Posteriormente, os princípios base da Terapia Centrada no Cliente foram expandidos a diferentes formas de relacionamento, originando o movimento da Abordagem Centrada na Pessoa (Rogers, 1951/2003).

Existem três pilares de base para a Abordagem Centrada na Pessoa, sendo estes a Tendência Atualizante, a Não-Diretividade e a presença de seis condições necessárias e suficientes (Leal, 2018).

No que diz respeito ao conceito de tendência atualizante este corresponde à tendência intrínseca do ser humano para seguir um fluxo em direção ao seu desenvolvimento total (Telles et al., 2014). É graças a este conceito que o terapeuta possui confiança nas capacidades do cliente para se auto-organizar (Leal, 2018).

Já o pilar da Não-Diretividade corresponde à expressão de confiança na capacidade do cliente para se autodirecionar, e auto-organizar, quando lhe são fornecidas as condições que necessita para se atualizar (Hipólito, 2011). O terapeuta deve aceitar qualquer forma em que o cliente se apresente, quer este mostre a sua auto-exploração, ou até mesmo permaneça em silêncio (Moon & Rice, 2012).

De acordo com Rogers (1957) o terceiro pilar corresponde à presença de seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, sendo que a primeira condição afirma que duas pessoas necessitam estar em contacto psicológico (Rogers, 1957). Já a segunda condição diz respeito ao facto de que o cliente deverá estar num estado de incongruência, vulnerabilidade ou ansiedade (Rogers, 1957), pois só é possível desenvolver o processo terapêutico quando o cliente admite o seu estado vulnerável, comunicando assim um pedido de ajuda, e havendo empenho por parte do mesmo no processo terapêutico (Leal, 2018).

No que diz respeito à terceira, à quarta e à quinta condição necessária e suficiente, estas agrupam-se, pois, são as denominadas *core conditions* (condições nucleares), correspondendo estas atitudes à relação por parte do terapeuta (Leal, 2018). A terceira condição necessária e suficiente afirma que o terapeuta deverá estar integrado na relação, ou num estado de congruência (Rogers, 1957). Esta congruência por parte do terapeuta pode ser caracterizada pela sua genuinidade e autenticidade na relação, e o ato de estar realmente presente para o cliente (Wyatt, 2001, pp. 116, 127). A quarta condição necessária e suficiente diz respeito ao facto de que o terapeuta deverá experienciar consideração positiva incondicional pelo seu cliente (Rogers, 1957). Esta corresponde ao facto de que o terapeuta não deve colocar qualquer

condição de valor em relação aquilo que é exposto pelo cliente na sessão. Não deverá também colocar as suas impressões pessoais sobre o que considera em relação ao cliente (Branco, 2020).

A quinta condição necessária e suficiente afirma que o terapeuta deverá experienciar uma compreensão empática pelo cliente, e ainda que esta experienciação seja transmitida ao mesmo (Rogers, 1957). Corresponde ao ato de sentir pela perspectiva do cliente o que ele transmite, partilhando com o mesmo a nossa compreensão daquilo que expôs (Fontgalland, & Moreira, 2012).

A sexta e última condição necessária e suficiente diz respeito a que a compreensão empática por parte do terapeuta, bem como a sua consideração positiva incondicional, sejam corretamente transmitidas ao cliente (Rogers, 1957). Não é suficiente que o terapeuta mantenha uma atitude de compreensão empática para com o cliente, caso esta não seja apercebida pelo mesmo. O cliente deve conseguir aperceber-se desta atitude por parte do terapeuta (Leal, 2018).

Os principais objetivos da Terapia Centrada no Cliente correspondem: a que o problema trazido pelo cliente seja solucionado; a que as potencialidades internas do cliente sejam atualizadas; a que o cliente aumente a confiança em si próprio; a que adquira uma visão valorativa sobre si mesmo; a que este também aceite os fatores tanto negativos, como positivos que constituem a sua personalidade; e a que haja um aumento do seu autoconhecimento, mais especificamente nos aspetos da autonomia e responsabilidade, tornando possível que este tome as suas próprias decisões, e que opte pelo caminho que acredita ser o seu (Leal, 2018).

Enquanto a Terapia Centrada no Cliente diz respeito a um processo psicoterapêutico, a Abordagem Centrada na Pessoa é composta pelas atitudes e os princípios base do processo referido, no entanto aplicada a diferentes campos das Ciências Sociais, como a resolução de conflitos a nível pessoal, relações interpessoais, relações a nível familiar ou até a nível educacional (Fonseca, 2009). Podemos então compreender após esta distinção que o acompanhamento psicológico diz respeito a uma forma de relação de ajuda sustentada pela Abordagem Centrada na Pessoa, e não a um processo psicoterapêutico consoante a estrutura da Terapia Centrada no Cliente.

4.1 – Teoria do Desenvolvimento Psico-Afetivo – Implicações Psicopatológicas

A Teoria do Desenvolvimento Psico-Afetivo, apresentada por Hipólito (2011) expõe uma teoria do desenvolvimento humano com base na Abordagem Centrada na Pessoa, que permite também um maior entendimento em relação às perturbações psicológicas. Em seguida serão apresentados os conceitos fundamentais desta teoria, com o intuito de permitir uma

melhor compreensão e discussão clínica do caso de acompanhamento psicológico apresentado numa fase posterior.

Segundo Hipólito (2011) a tendência atualizante corresponde à capacidade que torna possível ao organismo a atualização das suas potencialidades. A partir do momento inicial do processo de formação do ser humano, esta é manifestada (Rogers, 1983 citado por Hipólito, 2011).

As condições de valor são também aspetos importantes para a compreensão e discussão clínica do caso. Estas surgem quando no processo de vinculação o bebé compreende que sem o amor do Outro significativo, não tem capacidades para permanecer vivo, e por esta razão, ajusta as suas perceções consoante os critérios de aceitação da mãe. O facto de existirem estas condições de valor originam no bebé uma dissociação entre o que este experiencia, e o que integra no seu campo de percepção (Hipólito, 2011).

O processo de dissociação referido anteriormente gera vários processos dissociativos, mais especificamente entre:

- o locus de controlo interno, e o locus de controlo externo. O conceito de locus de controlo interno diz respeito à forma como os fenómenos são sentidos e experienciados interiormente. Já o conceito de locus de controlo externo diz respeito à consciência de que é o outro quem toma decisões (Hipólito, 2011).
- o Self real, correspondente à forma como a pessoa se percebe, e o Self desejado, correspondente à forma como a pessoa crê que deveria ser para ter a aceitação do Outro (Hipólito, 2011).
- a emoção, e a cognição da pessoa (Hipólito, 2011)

Os três processos de dissociação mencionados anteriormente manifestam-se no funcionamento da pessoa. Em relação à dissociação entre o Self real e desejado, quão maior for esta distância, mais reduzida será a estima de si. Já no que toca à dissociação entre a emoção, e a cognição, poderá ocorrer como sintoma a dificuldade em expressar sentimentos e emoções, ou em perceber os próprios sentimentos e emoções (Hipólito, 2011).

A pessoa atualizará ao máximo as suas potencialidades, se tiver a possibilidade de se desenvolver perante condições máximas de atualização biopsicossociais, e ainda perante condições de valor reduzidas. Porém esta encontra-se exposta a traumas de origem psicológica, biológica, e social, traumas estes que como consequência originam a manifestação de sintomas (Hipólito, 2011).

A Teoria do Desenvolvimento Psico-Afetivo observa a psicopatologia como uma articulação entre os traumas vivenciados, sendo que a tendência atualizante se manifesta através do surgimento de sintomas com o objetivo de autocura (Hipólito, 2011).

Quando a pessoa não possui a capacidade de equilibrar a tensão que é gerada pela dissociação, originam-se os sintomas, sendo estes o melhor equilíbrio por si encontrado para permanecer em funcionamento (Hipólito, 2011). Os sintomas que surgem podem manifestar-se em sintomas somáticos (a nível corporal), em sintomas neuróticos (a nível psicológico), ou poderão também ter influência na capacidade de distinguir entre o imaginário, e o real (Hipólito, 2011). Em situações em que os sintomas originados pelos traumas impactam a capacidade de distinção entre o real, e o imaginário, os sintomas passam a corresponder ao âmbito da psicose (Hipólito, 2011).

PARTE II – OBJETIVOS E DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

5. Objetivos do Estágio Académico

Em seguida apresentam-se os objetivos gerais, e específicos correspondentes à intervenção realizada no Estágio Académico.

5.1 Objetivos Gerais

Perante o contexto do estágio curricular realizado, foram estipulados os seguintes objetivos gerais:

- Estabelecer um contacto inicial prático com a área da Psicologia Clínica.
- Compreender o papel que o Psicólogo Clínico possui no contexto da reabilitação psiquiátrica.
- Desenvolver competências a nível do acompanhamento psicológico dos casos individuais.
- Desenvolver competências a nível da avaliação psicológica.
- Desenvolver competências a nível da dinamização de atividades em grupo na área da Psicologia Clínica.

5.2 Objetivos Específicos

No que diz respeito aos objetivos específicos da realização deste estágio curricular, podem ser apresentados os seguintes aspetos:

- Adquirir capacidades de articular as aprendizagens a nível teórico com a vertente prática da Psicologia Clínica.
- Compreender a articulação existente entre a Psicologia Clínica e a Psiquiatria.
- Adquirir uma maior compreensão em relação ao sofrimento psíquico da pessoa com psicopatologia.
- Intervir consoante as necessidades individuais de cada pessoa, que permitirão a sua reinserção psicossocial.
- Adquirir capacidades para conduzir um acompanhamento individual, com base na escuta ativa e compreensão empática.
- Aprender a estabelecer uma relação de cuidado incondicional com a pessoa ao longo dos acompanhamentos individuais.
- Aprender a realizar a recolha duma anamnese completa, e corretamente estruturada.
- Compreender a aplicação de testes psicológicos ajustados à problemática apresentada.

Em relação às atividades de grupo realizadas podem ser apresentados como objetivos específicos:

- Instruir os utentes com ferramentas a serem utilizadas para a melhoria da sua qualidade de vida, recuperação e bem-estar.
- Permitir aos utentes uma maior compreensão em relação às suas patologias através da psicoeducação.
- Aumentar as capacidades de regulação emocional dos utentes da unidade de curto internamento, e da unidade de Deficiência Intelectual ligeira a moderada.

6. Atividades do Estágio Curricular

O estágio curricular teve início no fim de outubro de 2022, sendo que entre outubro e dezembro realizou-se um período de observação/integração, com o intuito de que as estagiárias conhecessem a instituição, bem como os técnicos profissionais e as atividades dos vários serviços.

A conclusão do Estágio Curricular ocorreu a 16 de junho de 2023, somando ao longo dos dois semestres, um total de 435 horas realizadas. A tabela 1 diz respeito às atividades realizadas no estágio após este período de observação/integração, tendo estas sido iniciadas a 5 de dezembro de 2022.

Tabela 1.

Horário semanal de dezembro de 2022 a junho de 2023

	2ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
09:00h		Supervisão (1 hora) ou Reunião Multidisciplinar (1 hora e 30 minutos de duração)		
10:00h	Grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação (45 minutos)		Reunião Comunitária (45 minutos)	Grupo de competências de regulação emocional (30 minutos)
11:00h	Casos individuais (50 minutos)	Casos individuais (50 minutos)		Grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação (45 minutos)
12:00h				

A seguir descrevem-se, com maior profundidade, cada uma das atividades cima descritas.

6.1. Grupo de Competências Emocionais, Sociais e de Psicoeducação

O grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação correspondeu a uma atividade de grupo que ocorria bissemanalmente, tendo cada sessão a duração de 45 minutos, na unidade de curto/médio internamento (utentes em fase aguda de doença). Todos estes utentes encontravam-se em fases da sua doença onde os sintomas clínicos estavam bastante nítidos, o que originava a perda da sua autonomia. As doenças mais comuns dos utentes que integravam a unidade correspondiam à Esquizofrenia, Perturbação Bipolar, Perturbação Depressiva e Demência. Esta atividade foi realizada em conjunto com outra colega estagiária e tinha como propósito fornecer aos utentes “ferramentas” que lhes permitissem melhorar a sua saúde mental. Foram realizadas no total 48 sessões, podendo os temas apresentados ser divididos em três tópicos:

- **Mindfulness** (De 5 dezembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023)
- **Esquizofrenia** (De 27 de fevereiro a 6 de março de 2023)
- **Regulação Emocional** (De 10 de março a 16 de junho de 2023)

O conteúdo das sessões relativas ao *Mindfulness* e à Regulação emocional foi estruturado consoante o manual “DBT Skills Training Manual” (Linehan, 2015), manual que apresenta um treino de competências comportamentais assente no modelo da Terapia Comportamental Dialética (DBT). A utilização do material deste manual foi decidida pelo orientador do local de estágio. Este treino de competências comportamentais possui como objetivo geral auxiliar as pessoas a modificar os seus padrões de comportamento, de pensamento, emocionais e interpessoais causadores de sofrimento psíquico (Linehan, 2015). Já as sessões com o tema Esquizofrenia surgiram após o pedido de sugestões por parte dos utentes, sendo que a maior parte do grupo mostrou-se interessado em compreender esta psicopatologia. Após a decisão do tema a abordar iniciou-se um período de pesquisa, com o objetivo de elucidar os utentes em relação a esta doença mental grave.

6.1.1 Mindfulness

A exposição do tema *Mindfulness* ocorreu ao longo de 19 sessões, correspondendo os subtópicos aos apresentados em seguida:

- **Introdução do Mindfulness** – Esta sessão explicou aos utentes no que consiste o *Mindfulness*, e quais as vantagens da sua prática.

- **Estado de “Mente Sábia”** – Este subtópico explorou como a prática do *mindfulness* permite o alcançar de um estado de "mente sábia", sendo este estado o equilíbrio entre o extremo emocional, e racional de cada um (Linehan, 2015).
- **Competências “Observar, Descrever e Participar”** – Foi explicado aos utentes que para praticar o *mindfulness* existem três competências, sendo estas o ato de observar, descrever e participar. O ato de observar diz respeito a estar completamente atento ao momento presente. Já o ato de descrever corresponde à nomeação objetiva do que se experiencia. A terceira competência “Participar”, diz respeito ao ato de estar totalmente presente numa atividade (Linehan, 2015).
- **Competências “Não-julgar, Estar Consciente e Agir de forma eficaz”** – Estas três competências explicaram aos utentes como realizar as anteriores (ou seja, como por em prática as competências “Observar, Descrever e Participar”). A competência “Não-Julgar” corresponde ao ato de não implementar juízos de valor perante a realidade. A competência “Estar consciente” corresponde ao focar da atenção no momento presente, e apenas numa tarefa ou atividade. Já a competência “Agir de forma eficaz” diz respeito a realizar os passos necessários para alcançar um certo objetivo (Linehan, 2015).

No fim de cada sessão eram distribuídos resumos individuais do material a cada utente, realizados por mim e pela colega estagiária, sendo estes resumos estruturados consoante o livro “DBT Skills Training Handouts and Worksheets” (Linehan, 2015). Este livro possui o mesmo conteúdo que o manual referido anteriormente, porém apresentado num formato que pode ser entregue para leitura e reflexão posterior.

6.1.2 Esquizofrenia

A apresentação do tema Esquizofrenia ocorreu durante três sessões, de teor psicoeducativo. Os tópicos explorados relacionados com esta doença mental foram:

- **Significado dos termos “psicose” e “Esquizofrenia”** – Foram explicadas as origens dos termos, e distinguiu-se psicose e Esquizofrenia, para um maior entendimento do tema.
- **Delírios e alucinações** – foi explicado no que consistem delírios e alucinações, distinguiram-se ambos, e apresentaram-se os diferentes tipos de delírios e alucinações que podem ocorrer.
- **Diferentes tipos de Esquizofrenia** – foram apresentados os diferentes tipos de Esquizofrenia existentes, nomeadamente Esquizofrenia Paranoide, Hebefrénica, Residual e Indiferenciada.

- **Causas da Esquizofrenia** – os utentes obtiveram mais informação sobre a influência do fator genético para a Esquizofrenia, bem como problemas antes do nascimento, durante a gravidez, depois do nascimento e infeções cerebrais.
- **Mitos relacionados à Esquizofrenia** – foram esclarecidos mitos relacionados às pessoas com Esquizofrenia (por exemplo ideias de “loucura” ou “dupla personalidade”).
- **Influência do uso de substâncias** – os utentes obtiveram mais informação sobre o impacto negativo do uso de substâncias em pessoas com Esquizofrenia.
- **Compreensão por parte da rede familiar** – foi explorado com os utentes como por vezes existe incompreensão, e falta de apoio emocional por parte da rede familiar.
- **Importância da terapia medicamentosa** – Foram apresentadas aos utentes evidências da importância da medicação para a redução dos sintomas da Esquizofrenia.
- **Debate final sobre o tema** – Como conclusão do tema existiu uma partilha de ideias, comentários e experiências relacionadas ao tema da Esquizofrenia.

Após concluído o tema Esquizofrenia foi distribuído um panfleto, realizado por mim e pela colega estagiária, que resumia as questões abordadas, permitindo a leitura e reflexão posterior sobre o tema.

6.1.3 Regulação Emocional

O tema Regulação Emocional foi exposto num total de 26 sessões, sendo que os subtópicos aprofundados corresponderam aos apresentados em seguida:

- **Introdução da Regulação Emocional** – Foi explicado aos utentes que o objetivo geral da regulação das emoções consiste em diminuir o sofrimento emocional, e não em anular completamente as emoções (Linehan, 2015).
- **Compreender e identificar emoções** – Este subtópico consistiu numa maior compreensão daquilo que são emoções, e quais as principais existentes (Linehan, 2015).
- **O que causam as emoções?** – Foi realizada uma apresentação geral de emoções como a tristeza, o medo, a raiva e a culpa, bem como todas as reações físicas e psíquicas associadas a cada emoção (Linehan, 2015).
- **Porque é complicado regular as emoções?** – Foram explorados em conjunto com os utentes aspetos que tornam difícil a regulação emocional, como aspetos biológicos, a sobrecarga emocional e mitos relacionados às emoções (Linehan, 2015).

- **Observar, descrever e nomear emoções** – Este subtópico relacionou as competências apreendidas no tema *mindfulness* com as emoções, utilizando estas competências para regular emoções causadoras de sofrimento (Linehan, 2015).
- **Verificar os factos** – Uma das ferramentas de regulação emocional consistiu na verificação de factos, sendo que ao alterarmos suposições e interpretações dos acontecimentos, ajustando-os aos factos, podemos modificar reações emocionais (Linehan, 2015).
- **Ação oposta** – Este subtópico apresentou a ferramenta de regulação emocional “Ação Oposta”, caracterizada pelo facto de se agir de forma totalmente oposta aos nossos impulsos emocionais (Linehan, 2015).
- **Resolução de Problemas** - Este subtópico apresentou a ferramenta de regulação emocional “Resolução de Problemas”, eficaz em situações nas quais uma certa situação problemática é a origem da emoção indesejada (Linehan, 2015).
- **Reduzir a vulnerabilidade para o estado de mente emocional** – Foi explicado aos utentes neste subtópico que existem fatores no estilo de vida de cada um, capazes de nos tornar mais vulneráveis a emoções indesejadas (Linehan, 2015).
- **Como acumular emoções positivas a curto prazo?** – Este subtópico transmitiu aos utentes a importância da existência de momentos agradáveis ao longo do dia para uma maior qualidade de vida, e bem-estar (tome-se como exemplo realizar caminhadas, ouvir música, entre várias outras atividades) (Linehan, 2015).
- **Como acumular emoções positivas a longo prazo?** - Este subtópico transmitiu aos utentes a importância da construção de um estilo de vida que traz bem-estar a longo prazo (tome-se como exemplo possuir um emprego, construir uma família, realizar voluntariado, entre vários outros aspetos) (Linehan, 2015).

No encerrar de cada sessão relativa à regulação emocional eram distribuídos resumos individuais do material a cada utente, realizados por mim e pela colega estagiária, sendo estes elaborados também com base no livro “DBT Skills Training Handouts and Worksheets” (Linehan, 2015).

O grupo de competências emocionais, sociais e de psicoeducação tornou possível um primeiro contacto com a exposição de temas em público. Permitiu-me desenvolver capacidades para falar perante um grupo de forma cada vez mais espontânea, fluida e com menos receio, o que aprimorou o meu desempenho para futuras exposições orais.

Estas exposições orais eram realizadas em conjunto com outra colega estagiária, havendo um trabalho prévio, também em conjunto, para a preparação das sessões, e exposição

oral das mesmas. Este trabalho permitiu-me desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa, e também compreender o ritmo que as sessões tomavam, intervindo mais, ou menos, consoante a necessidade do momento.

Devido à fase aguda da doença em que os utentes se encontravam, a gestão do grupo era por vezes desafiante, havendo bastantes interrupções e intervenções desajustadas ao contexto e ao tema. Certos utentes conversavam sozinhos ao longo da sessão, o que distraía os restantes. Para além disso era comum que fosse interrompida por intervenções dos utentes que possuíam uma grande desorganização do pensamento, o que desestruturava o encaminhamento da sessão. Por vezes certos utentes mostravam também uma participação irónica, e desconfiada o que complicava a correta transmissão dos temas. No entanto, estes obstáculos ao longo das sessões permitiram o desenvolvimento de competências para gerir e lidar de forma adequada com um grupo, o que engloba as capacidades de persistência e paciência.

6.2 Grupo de Competências de Regulação Emocional

O grupo de competências de regulação emocional ocorreu semanalmente, tendo cada sessão a duração de 30 minutos, na unidade de Deficiência Intelectual ligeira a moderada. Estas utentes residem no local de estágio, e frequentemente apresentam problemas a nível da sua convivência, havendo diversos conflitos e até agressões físicas. Esta atividade foi realizada exclusivamente por mim, e tinha como intuito aumentar as capacidades de regulação emocional e socialização das utentes.

As sessões eram estruturadas consoante o material do manual “The Emotion Regulation Skills System for Cognitively Challenged Clients”, um manual com competências baseadas na Terapia Comportamental Dialética, adaptado para pessoas com dificuldades a nível cognitivo (Brown, 2016). A escolha da utilização do material deste manual foi realizada pelo orientador do local de estágio.

Foram realizadas no total 24 sessões, correspondendo os temas expostos aos seguintes:

- **Balança dos sentimentos** – A “Balança dos Sentimentos” diz respeito a uma escala que tem como intuito avaliar a intensidade da emoção durante alguma situação, sendo os graus de intensidade entre 0 e 5 (Brown, 2016).
- **Plano Seguro** – O “Plano Seguro” instrui a avaliar o nível de risco de uma situação (nível baixo, nível médio ou nível alto), e consoante o nível de risco explica como colocar em prática um plano de segurança (Brown, 2016).

- **Ver claro** – A competência “Ver Claro” tem como intuito instruir a pessoa a estar mais consciente daquilo que ocorre no momento presente, dentro e fora de si (Brown, 2016).
- **Atividades Boas** – As “Atividades Boas” são atividades que podem ser feitas ao longo do dia, aumentando as emoções positivas e diminuindo as negativas. Foi explicado às utentes como estas atividades podem ser divididas em: atividades para concentrar, atividades para me sentir bem, para me distrair ou para me divertir (Brown, 2016).
- **Resolução de Problemas** – A “Resolução de Problemas” transmitiu às utentes como resolver uma situação problemática passo-a-passo, pensando previamente em três diferentes soluções para implementar (plano A, plano B e plano C) (Brown, 2016).
- **Dizer o que penso** – A competência “Dizer o que penso” tinha como objetivo auxiliar as utentes a expressarem-se de forma clara, objetiva e respeitosa perante outras pessoas (Brown, 2016).
- **Conseguir o que quero** – A competência “Conseguir o que quero” pretendia instruir as utentes a alcançar um determinado objetivo estipulado, ou um acordo, de forma eficaz e respeitosa (Brown, 2016).
- **Cuidar das amizades** – Foi explorado em conjunto com as utentes a importância da manutenção de relacionamentos positivos, explicando atitudes que melhoram os relacionamentos, e atitudes que os prejudicam (Brown, 2016).

Cada sessão apresentava um tema, consoante a ordem apresentada anteriormente. Cada um dos temas foi repetido pelo menos uma vez, sendo que consoante as dúvidas e necessidades por parte das utentes, a exposição dos temas ocorria novamente. Ao longo de cada sessão eram distribuídos panfletos ilustrativos sobre o tema, realizados por mim para captar o interesse das utentes, e auxiliá-las na compreensão do mesmo.

O grupo de competências de regulação emocional, realizado com as utentes com Deficiência Intelectual correspondeu à atividade mais desafiante, pois apesar de consistir num grupo menor, era realizado individualmente. Era difícil captar a atenção das utentes pois o comportamento das mesmas era frequentemente desajustado, e existiam conflitos interpessoais no grupo. Apesar destas dificuldades a gestão deste grupo permitiu-me desenvolvimento a nível pessoal, pois pelo facto de várias vezes sentir que não conseguia transmitir o material, aumentei as minhas capacidades de resistência à frustração.

A realização desta atividade permitiu também um primeiro contacto com a população com Deficiência Intelectual ligeira a moderada. Após a intervenção com esta população foi possível compreender que a criação de exemplos imaginários, com eventos relacionados ao

dia-a-dia, corresponde a uma forma mais eficaz de transmitir informação, do que apenas transmitir a teoria. Para além disso compreendi também que para uma intervenção eficaz, é necessária uma relação positiva com estas pessoas, pois caso observem a gestora do grupo como extremamente rígida ou autoritária, não é possível transmitir informação. Desenvolvi então a capacidade de transmitir a informação, zelando ao mesmo tempo pela relação positiva com o grupo, adotando uma postura mais lúdica, quando necessário.

6.3 Reuniões Multidisciplinares

As reuniões multidisciplinares ocorriam quinzenalmente, na unidade de curto/médio internamento (utentes em fase aguda de doença), tendo uma duração de uma hora e 30 minutos, e a presença dos seguintes técnicos profissionais: Psiquiatras; Psicólogos Clínicos; Enfermeiros; Psicomotricista; Terapeuta Ocupacional; Assistente Social e Pastoral da Saúde.

As reuniões tinham como objetivo a discussão clínica dos casos da unidade, de forma a compreender o estado clínico dos utentes, e a confirmar que cada caso possuía o melhor tipo de intervenção possível. A participação nas reuniões multidisciplinares enriqueceu o estágio curricular, permitindo contactar com a visão de diferentes técnicos profissionais, e complementar a informação que possuía sobre os casos da unidade. Compreendi que o trabalho de uma equipa multidisciplinar é importante para o conhecimento do comportamento da pessoa em diferentes contextos, podendo esta melhorar numa determinada área, mas piorar noutra, sendo por isto crucial a partilha de informação entre profissionais.

As reuniões multidisciplinares tornaram possível também uma visão mais holística da pessoa, pois foi possível compreender a importância duma intervenção que foque tanto na saúde mental, como física. Constatei ainda que até aspetos burocráticos, e sociais da vida pessoal podem impactar na recuperação e reinserção da pessoa.

Estando presente nas reuniões, foi necessário saber quando, e como intervir, contribuindo de forma eficaz para o processo de recuperação dos utentes. Estas intervenções tornaram possível novamente o desenvolvimento da oralidade, e da capacidade de trabalho em equipa, importantes para o futuro profissional.

6.4 Reuniões Comunitárias

As reuniões comunitárias decorreram semanalmente, na unidade de curto/médio internamento (utentes em fase aguda de doença), tendo cada reunião a duração de 45 minutos. Estas incluíam os técnicos enfermeiros, a psicóloga clínica e todos os utentes da unidade, com o objetivo de compreender questões acerca do funcionamento da unidade, bem como críticas e

sugestões de melhoria (tome-se como exemplo questões relacionadas à limpeza, qualidade das refeições, convivência entre os utentes, entre várias outras questões).

Apesar das reuniões comunitárias não se relacionarem à discussão de questões clínicas dos utentes, foi possível através das mesmas compreender mais sobre relações interpessoais, e ainda sobre as psicopatologias. No que diz respeito às relações interpessoais foi possível observar dinâmicas de grupo como a união de certos utentes, para tentar modificar aspetos que não consideravam agradáveis na unidade. Foi também possível observar conflitos interpessoais, que se manifestavam na dinâmica da reunião comunitária.

No que toca à maior compreensão em relação às psicopatologias, destacam-se aspetos relacionados à Perturbação Depressiva, Perturbação Bipolar, e Perturbações de Personalidade.

Daquilo que observei os utentes com Perturbação Depressiva raramente participavam, não existindo motivação para sugerir melhorias, ou alterar qualquer tipo de questão. Já os utentes com Perturbação Bipolar em fase maníaca, ou hipomaníaca mostravam-se extremamente excitados, sociáveis e motivados para participar na reunião. Observei também como frequentemente os utentes com diagnósticos de Perturbações da Personalidade tentavam dominar a reunião, com constantes intervenções e interrupções perante os outros utentes.

A participação nas reuniões comunitárias permitiu-me ainda aumentar a capacidade de lidar positivamente com críticas, uma vez que certas sugestões por parte dos utentes por vezes envolviam as atividades de psicologia, ou toda a equipa de forma geral.

7. Caso de Acompanhamento Individual

Em seguida apresenta-se a análise de um dos casos de acompanhamento individual realizados no estágio curricular. Este foi o caso escolhido visto que considero ser aquele com informação mais completa, e detalhada. Também foi o caso de acompanhamento psicológico em que considero que se constatou mais evolução na recuperação de um utente.

Para a recolha da informação, foram utilizados como informadores: a própria utente, através de seis sessões de acompanhamento psicológico; uma reunião familiar com o marido da utente e ainda o processo clínico da utente. Em anexo encontram-se as transcrições dos excertos possíveis das sessões de acompanhamento psicológico, de forma a sustentar as afirmações realizadas (Anexo I).

7.1 Identificação

Sílvia (nome fictício) é do sexo feminino, tem 46 anos de idade, é de nacionalidade portuguesa e reside no distrito de Lisboa. É casada, tem uma filha de 17 anos de idade, e é licenciada em Educação, sendo neste momento professora num curso profissional. Tem dois irmãos mais novos, um irmão e uma irmã.

7.2 Motivo do Pedido

A utente tem o diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo II, e chega ao local de estágio transferida de um hospital psiquiátrico, onde esteve internada por cinco dias, devido a um episódio maníaco. Tem também um passado diagnóstico de Perturbação Obsessiva Compulsiva. Após ser internada voluntariamente no local de estágio, Sílvia é sugerida para o acompanhamento psicológico, por este ser benéfico para a sua recuperação.

7.3 Observação

Sílvia encontrava-se vígil, orientada no espaço e no tempo, e também autopsiquicamente e alopsiquicamente, apresentava humor eufórico e agitação psicomotora. A sua aparência era adequada, cuidada e ajustada à sua idade. Era possível observar que Sílvia possuía lesões nas suas mãos, originadas pela lavagem excessiva das mesmas.

7.4 História Pessoal

Durante a gestação de Sílvia a sua mãe apresentou sangramentos durante vários meses. No entanto pensava que estes se deviam ao período menstrual, e apenas descobriu a gravidez aos seis meses de gestação. Durante a gravidez a sua mãe estava em África, no período da

guerra, e passou por bastante stresse e nervosismo. Sílvia refere que em todas as três gravidezes a mãe estava a atravessar momentos difíceis. É o tio paterno de Sílvia que ajudou a sua mãe e o seu pai a viajar para Portugal às pressas, e Sílvia nasceu em Lisboa. Sílvia acredita que o tio nutria um sentimento romântico pela sua mãe. Nasceu de parto normal, e refere que no momento do parto teve de ser “empurrada por uma enfermeira para sair pois estava presa” (sic). É este tio paterno que encontrou uma grande casa abandonada, e conseguiu a limpeza da mesma para que toda a família materna de Sílvia vivesse em conjunto (isto incluía os seus avós maternos, todos os tios e tias, e em conjunto os primos de Sílvia).

Em relação à idade pré-escolar de Sílvia, de acordo com a mesma, a época do natal era agradável “no natal era tudo lindo, comprávamos sempre o pinheiro decorávamos” (sic), no entanto durante o restante do ano existiam conflitos. Tinha uma tia que a forçava a limpar louça com bolor, e que a mesma referia “isto não é nada de mais porque eu já tive uma escrava” (sic). Aos cinco anos de idade retirou as amígdalas.

Quando tinha seis anos de idade Sílvia presenciou o seu pai a bater na sua mãe. Refere que a sua mãe sofreu bastante pois para além desta situação encontrou também lingerie no carro do pai, descobrindo que este tinha uma amante. Esta amante engravidou do pai de Sílvia, e após os familiares descobrirem a situação juntaram-se para agredi-lo, situação que Sílvia assistiu “eu com seis anos a ver tantos para baterem no meu pai, como é possível, ele é só um!”(sic). Deste caso extraconjugal do seu pai, nasceu um meio-irmão de Sílvia, e a partir desta fase Sílvia começou a vomitar bastante, sofrer de ansiedade e ter pouco apetite, chegando a afirmar “acho que deve ser daí que vem a minha ansiedade” (sic).

Ainda a viver nesta grande casa, com vários familiares, Sílvia refere que ficava sem tomar banho e que ninguém cuidava de si, chegando por vezes a tomar apenas um banho por semana, e que precisava colocar o seu próprio despertador para ir à escola. Refere também que a mãe vivia de volta da sua máquina de costura, que era o seu maior bem, ao ponto de Sílvia ter ciúmes da máquina. Por maior que fosse o esforço de Sílvia, a sua mãe sempre foi muito distante. “A minha mãe vivia de volta da sua máquina de costura, esta máquina era o maior bem dela, ao ponto de eu ter ciúmes daquela máquina” (sic). Quando tinha 6 anos foi abusada sexualmente pelo seu pai “ele disse-me para levar a mão lá embaixo porque ia sentir um urso de peluche, mas percebi que era o pénis dele ereto e tirei logo” (sic).

No que diz respeito à fase da segunda infância, Sílvia seguia ainda a viver nesta mesma casa com todos os familiares. Aos 10 anos de idade, a sua mãe encontrou um novo namorado, e ambas vão viver para sua casa. Sílvia contraiu meningite, e permaneceu internada durante três meses. Neste período, passava os dias à espera das visitas da mãe, e lembra-se de ficar a

olhar para a janela com medo de que esta não viesse, no entanto, ela aparecia sempre. As suas tias apenas a foram visitar uma vez, já perto da sua alta do internamento, causando sofrimento a Sílvia com as suas intervenções “ao invés de me ajudarem disseram coisas como “Meu Deus estás tão magra!” “Estás mesmo mal!” “Como não morreste?” (sic).

Após ter alta, a mãe de Sílvia separou-se do namorado, e por falta de condições económicas necessitou de ir trabalhar para fora do país, deixando Sílvia com os tios maternos. Esta situação causa revolta em Sílvia, visto que ambos os seus irmãos permaneceram na antiga casa com os avós, e Sílvia foi a única a ficar com os tios “Já tentei pensar tantas vezes, porque não ficaram comigo, será por já estarem com duas crianças? Mas não faz sentido, não entendo mesmo” (sic). Sílvia afirma que estes tios maternos com quem vivia colocavam filmes pornográficos na televisão como algo natural, e que este tio abusou sexualmente de Sílvia, e do próprio filho de quatro anos “Esse é que foi mesmo muito grave. (...) Naquele dia em que o meu tio esfregou o seu pénis no meu rabo, estava a comer papas Pensal, e nunca mais consegui ver papas Pensal à minha frente!” (sic). Quando a sua mãe retornou do estrangeiro, Sílvia refere que esperneou, gritou, e pontapeou a parede para que a mãe a tirasse da casa do tio, e que a sua tia ao observar a situação disse “Quem te vê a agir assim até pensa que és mal tratada aqui” (sic). Porém Sílvia acredita que a sua tia não soubesse dos abusos sexuais. O tio materno que abusou sexualmente de Sílvia já faleceu, algo pela qual esta mostra-se bastante satisfeita. É nesta altura que a mãe de Sílvia a leva novamente para a antiga casa com os avós maternos. Novamente nesta casa, Sílvia menciona que tinha pulgas nas pernas, e que passava as noites acordada a matar pulgas.

Ainda em relação à segunda infância, Sílvia relata um episódio em que a sua mãe lhe oferece um pijama, e que ficou muito contente pois possuía poucas coisas. No entanto foi brincar para perto dum local de construções, e um camião sujou todo o pijama “Ali pensei que realmente era a vida, ou o karma a dizer-me que nunca ia ser feliz.” (sic). No que diz respeito à sua avó materna, Sílvia menciona que esta é muito importante para si, pois foi ela que a criou, chegando a emocionar-se ao falar sobre a mesma. No entanto prefere não falar sobre este assunto pois é um assunto que está “muito alcatroado, é preciso lá ir com um martelo elétrico” (sic).

No que diz respeito à fase da adolescência de Sílvia, esta descreve-se como alguém sociável, criativa e dinâmica. Refere também ter sido vítima de *bullying* na escola por ser a melhor aluna da turma. Aos 16 anos de idade começou a trabalhar para pagar os seus próprios estudos, e os gastos da sua mota. Ingressou então num curso profissional de técnica de apoio à infância, que concluiu com sucesso. Ainda com 16 anos, Sílvia afirma que foi medicada pela

sua médica de família por um curto período com antidepressivos, devido a um episódio depressivo que atravessou. Refere também não ter conseguido ingressar na faculdade pois tinha uma média de 12 valores.

Relativamente à vida adulta de Sílvia, recorda-se de um episódio quando tinha 18 anos, em que a sua mãe lhe disse ao completar o curso profissional que era uma boa filha. Segundo Sílvia esta foi a única demonstração de carinho que teve por parte da sua mãe, e que de resto toda a sua vida foi sozinha “A minha vontade era ter lhe dito “Porquê só agora mãe? Então porque me deixaste sozinha toda a vida?” (sic) (emociona-se)”.

Acabou por conseguir ingressar na licenciatura de educação, e antes de o fazer refere “mandei à vida um namorado que me chamava burra” (sic). É nesta fase que conheceu aquele que é o seu atual marido. No que toca ao seu marido, Sílvia refere-se ao mesmo como o seu melhor amigo, companheiro, compreensivo, disponível e preocupado. Porém Sílvia considera que o marido aproveita o facto de a filha ser reservada, para não ter que “dizer não, e ser o mau da fita” (sic). No que diz respeito aos seus sogros, Sílvia afirma que a sogra está “sempre contra ela” (sic), mas que adora o seu sogro, e que se refere ao mesmo como “pai”.

Quando Sílvia tinha 20 anos, a sua mãe adoeceu com cancro da mama, ficando nos cuidados paliativos. Acabou por falecer, e Sílvia refere que nesse momento a sua vontade era desfazer-se de todos os pertences da mesma “Tanto que quando ela morreu a minha vontade era atirar tudo para dentro do caixão junto com ela, a máquina, o porta joias tudo.” (sic).

De acordo com o marido, antes do nascimento da filha do casal, Sílvia começou a demonstrar comportamentos obsessivos com a roupa da bebé, e quando era contrariada não lidava bem com a frustração. Afirmou que o parto da sua filha foi muito parecido com o seu próprio parto “até a nossa fisionomia era igual” (sic). Os médicos queriam que Sílvia fizesse uma cesariana, mas segundo a mesma via-se na obrigação de conseguir ter um parto natural, pois se a sua mãe tinha a fisionomia igual, e conseguiu, Sílvia também tinha que conseguir. Conseguiu ter a filha através de parto natural, mas refere que após o parto começou a entrar em pânico, e precisava urgentemente de ver a sua filha pois ficou com medo que esta tivesse alguma deformidade, devido aos erros que por vezes acontecem nas ecografias. Só conseguiu descansar após verificar que estava tudo bem com a filha. Quando uma familiar do seu marido foi visitar a bebé, quis assustar Sílvia, e gritou que faltava um dedo da bebé. Para além disso, em seguida chegou a sua cunhada que disse que a bebé era “mesmo feinha”. Sílvia atingiu o seu limite e pediu a enfermeira para expulsar todos.

Depois do nascimento da filha, Sílvia afirma que os três primeiros anos da filha foram muito difíceis, e que sofreu com depressão. Para além disso sentia pressão por parte das outras

peessoas para ser uma boa mãe devido à sua profissão como educadora de infância. Para o seu marido também foram três anos muito difíceis, pois a bebé desenvolveu apneia do sono, e este estava sempre perto da bebé, acordando com ela. Ambos referem ainda que a bebé não comia, gritava muito e que estavam exaustos, sem o apoio de ninguém. O marido considera então melhor que Sílvia parasse de trabalhar, ficando apenas a cuidar da bebé, pois logo após o parto percebeu que esta se mostrava frágil a nível de saúde mental “com uma tristeza profunda e o sono desregulado”. É nesta fase que Sílvia teve o seu primeiro contacto com a psiquiatria.

Quando a bebé tinha 9 meses, Sílvia pediu ajuda a uma enfermeira do centro de saúde pois sentia a amamentação como um ato sexualizado, referindo-se aos abusos sexuais que sofreu na infância “a minha filha sugava-me o mamilo e eu sentia aquilo como uma coisa sexual está a ver?” (sic). A enfermeira encaminhou-a para a psicóloga do centro de saúde, e Sílvia iniciou um processo de acompanhamento psicológico, porém “como aquilo era psicanálise só me fez foi mal! Às tantas eu achava mesmo que estava a abusar da minha filha ao amamentar!” (sic). Nesta altura procurou ajuda psiquiátrica, e foi diagnosticada com Perturbação Bipolar tipo II, iniciando o tratamento. Porém logo se desentendeu com a médica, e afirmou “é curioso, mas pouco tempo depois de eu lhe dizer que ela era uma incompetente, porque não tinha nada que dizer ao meu marido que eu tinha esta doença, acabou por sair do hospital” (sic). Sílvia possui também um passado diagnóstico de Perturbação Obsessiva Compulsiva, diagnóstico do qual não foi possível apurar a data correta.

Nos anos seguintes Sílvia envolveu-se sexualmente com diversos homens que conhecia na rede social Facebook. Num destes episódios, em que se encontrou com um homem num hotel, após ter relações sexuais, este homem abandonou o quarto enquanto Sílvia tomava duche. Quando Sílvia retornou apercebeu-se que este deixou dinheiro na sua carteira para pagarpelo quarto, e a partir deste momento apercebeu-se de que estava em perigo “eu não sabia nadadele, apenas o nome, se é que era verdade, e ele quando abriu a carteira viu os nossos cartões de cidadão, a foto da minha filha, tudo!” (sic). A partir deste episódio Sílvia desencadeou um surto psicótico muito grave, com ideias persecutórias e paranoides. O marido embarcou num delírio conjunto com Sílvia, referindo “mesmo sabendo que a Sílvia não estava bem, acreditei mesmo que alguém queria fazer mal a nossa filha e iam ter com ela à vedação da escola para falar. Como tenho uma fábrica de materiais de construção, cheguei ao ponto de arranjar o portão da escola para garantir a segurança dela” (sic).

Meses depois, em 2014, num domingo de manhã, o marido acordou e reparou que Sílvia tinha desaparecido, sendo depois localizada num hospital de Lisboa. É depois internada em psiquiatria durante três meses, internamento que ao início aceitou de forma voluntária, porém

depois passou a internamento compulsivo devido aos seus comportamentos agressivos com a equipa. Sílvia diz que “uma médica entrou no corredor, trazia uma lancheira ao ombro, e pensei logo que ela veio para me matar! Então atirei-me para o alarme de incêndio, e vieram os seguranças. Rasguei o fato dos enfermeiros, mordi, bati, esperneei, e depois amarraram-me e deram-me uma injeção, fui muito maltratada! Como não queria estar assim presa, fiz xixi e cocó, besuntei as amarras e consegui soltar-me” (sic). De acordo com o marido, durante o casamento Sílvia sempre teve comportamentos impulsivos, relatando por exemplo um episódio em que chegou a casa, e esta não tinha feito o jantar para a filha. Ao questionar Sílvia, esta afirmou que estava a caminho de um festival e que devia ser ele a fazer o jantar. O marido afirma ainda que já observou Sílvia muito mais vezes deitada na cama por semanas, “sem vontade de fazer nada” (sic), do que neste estado eufórico em que se encontrava.

Sílvia teve alta clínica deste internamento após três meses, e seguiu acompanhada pela psiquiatria por 8/9 anos (ou seja até 2022/2023), mas afirma nunca ter conseguido ficar estável “ou eu dormia o dia todo, ou então passava tempos meio apática” (sic).

Houve também na vida adulta, algures nos últimos 10 anos, um episódio isolado em que a Sílvia sofreu uma queda depois de se levantar muito rápido, e ficou inconsciente. Quando recuperou a consciência tinha dificuldade de coordenação motora, e possível afasia (ou seja, perda parcial ou total de expressar linguagem). Sílvia e o marido associam este episódio a uma possível epilepsia, que não se verificou com eletroencefalograma.

Sílvia afirma também ser catequista há 7 anos, e que é muito religiosa.

Há 3 anos fez uma cirurgia por causa de pólipos uterinos (crescimento de tecido), e necessita de tomar permanentemente hormonas devido a essa intervenção cirúrgica.

Sílvia refere que nunca conseguiu manter um emprego, porque sempre se desentendia com os colegas depois de pouco tempo “não aceito injustiças, e não aceito que tratem mal crianças ou mudem as fraldas antes das sextas” (sic). Atualmente Sílvia é professora dum curso profissional de Técnico de Apoio à Infância numa escola profissional para adolescentes, emprego no qual se mostra bastante feliz, e refere ter um bom relacionamento com os colegas.

Sílvia tem um irmão e não foi possível apurar a sua relação com o mesmo. Tem também uma irmã, viúva. Esta irmã tem quatro filhos, foi vítima de violência doméstica durante todo o seu casamento, e atualmente está desempregada, sendo que Sílvia e o marido a ajudam financeiramente. Do relacionamento extraconjugal que o seu pai teve quando tinha seis anos, Sílvia possui um meio-irmão, com quem tem contacto, mas não é próxima.

Em relação a este último episódio que levou Sílvia a ser internada no local de estágio, o marido refere que à volta de um mês atrás Sílvia aumentou o ritmo de trabalho por conta

própria, sendo que dava aulas apenas um dia e meio por semana, e aumentou a sua carga horária para todos os dias da semana. Começou então a haver insónia progressivamente pior, desorganização e hostilidade por parte de Sílvia. Pioraram também muito os comportamentos obsessivos, sendo que Sílvia passava as noites a alinhar objetos na casa de banho de forma milimétrica, e a lavar as mãos compulsivamente, e para além disto fazia compras muito caras. O marido decidiu contactar os bombeiros, que “não foram grande ajuda” (sic), e por isso procurou ajuda por conta própria.

O marido levou então Sílvia ao serviço de urgência de um hospital de Lisboa, onde esta teve indicação para ser internada. No entanto por falta de vagas, retornaram a casa. De acordo com o marido, durante os cinco dias que Sílvia ficou em casa, gastou milhares de euros numa loja de roupa, e “deixou de pantanas” a casa da cunhada, dos sogros, e a sua própria casa, pois passou vários dias e várias noites a colocar roupas e objetos em sacos. Ao ser repreendida pela cunhada devido à quantia gasta, Sílvia revoltou-se contra a mesma.

Sílvia foi então novamente levada ao serviço de urgência de um hospital psiquiátrico de Lisboa, onde permaneceu internada por quatro dias até ir para o local de estágio, de forma voluntária, trazendo consigo nota de alta clínica.

De acordo com o processo clínico de Sílvia ao ser internada no local de estágio, a utente apresentava um humor lábil (ria e chorava várias vezes), tinha um discurso de elevado débito, e ideias delirantes de conteúdo místico “aquele cobertor azul que me deram na urgência era azul como a nossa senhora, e eu pensei logo que aquilo era para me proteger, por isso acreditei no médico que me deu” (sic), ideias paranoides “é só invejas que têm tido de mim” (sic) e persecutórias “continuo sem saber se aquelas gajos com quem andei a fazer sexo eram ou não um esquema montado para fazerem mal à minha filha” (sic). O seu contacto físico era desinibido (abraçava e mexia no cabelo), apresentava-se inquieta (lia a Bíblia, apanhava flores da janela, levantava-se para beber água). Negou hábitos tóxicos.

Durante o internamento no local de estágio, Sílvia referiu sentir-se aprisionada e ansiosa “Sinto-me já aprisionada aqui, choro todos os dias e estou ansiosa” (sic). Ficou bastante chateada pelo facto de que os outros utentes podiam ter alta clínica, e ela não, e também por não poder deslocar-se sozinha “metem a cuidar de mim uma pessoa que está muito pior que eu! A outra senhora está em depressão, toda mutilada, e essa é a pessoa que metem a cuidar de mim?! O enfermeiro deixou-me ir sozinha ao coro, e poderia ter feito vários disparates, mas queria que ele se sentisse orgulhoso de mim entende? Como os filhos quando os pais dão liberdade” (sic).

Sílvia afirmou também que durante o internamento no local de estágio estava a deprimir, e já não estava no estado de euforia que se encontrava antes “Quando estou feliz é mesmo feliz, quando estou triste é mesmo muito mau só fico na cama, nem me apetece ir ver o dia, só como uma lata de atum e volto para a cama” (sic).

Sílvia teve autorização do seu médico psiquiatra para passar um fim-de-semana em casa. Nesta ida a casa passou todo o tempo a engomar e lavar roupa, e não conseguiu descansar pois fazia demasiadas tarefas ao mesmo tempo, realizando um pouco de cada uma em simultâneo, o que era muito cansativo. Chateou-se também com a filha após esta referir que Sílvia devia voltar para o internamento pois ainda não parecia recuperada “Disse que ainda tenho a fala muito arrastada, e sinceramente quando ela me disse isso senti-me mesmo ofendida, como se ela quisesse se livrar de mim.” (sic).

Após o fim-de-semana, Sílvia recusava-se a retornar para o internamento, porém acabou por voltar após insistência por parte da família. Quando regressou, referiu que em conjunto com o marido decidiu que era melhor para si deixar de falar sobre o passado nas sessões de acompanhamento, e que apenas iria falar sobre o presente “(...) falar do passado não me está a fazer bem, prefiro falar só do presente a partir de agora” (sic).

Recentemente encontrou o porta-joias da sua mãe, e usou um dos anéis que considerava bonito. Tinha oferecido a máquina de costura da sua mãe, mas está a considerar pedi-la de volta pois os objetos da mãe permitem que se sinta próxima da mesma, e são agora um conforto “Mas agora a pouco tempo encontrei o porta joias dela, e até estive a usar um anel lindo que laestava. E agora pedi a máquina de costura de volta a senhora a quem dei. Sinto-me próxima dela” (sic).

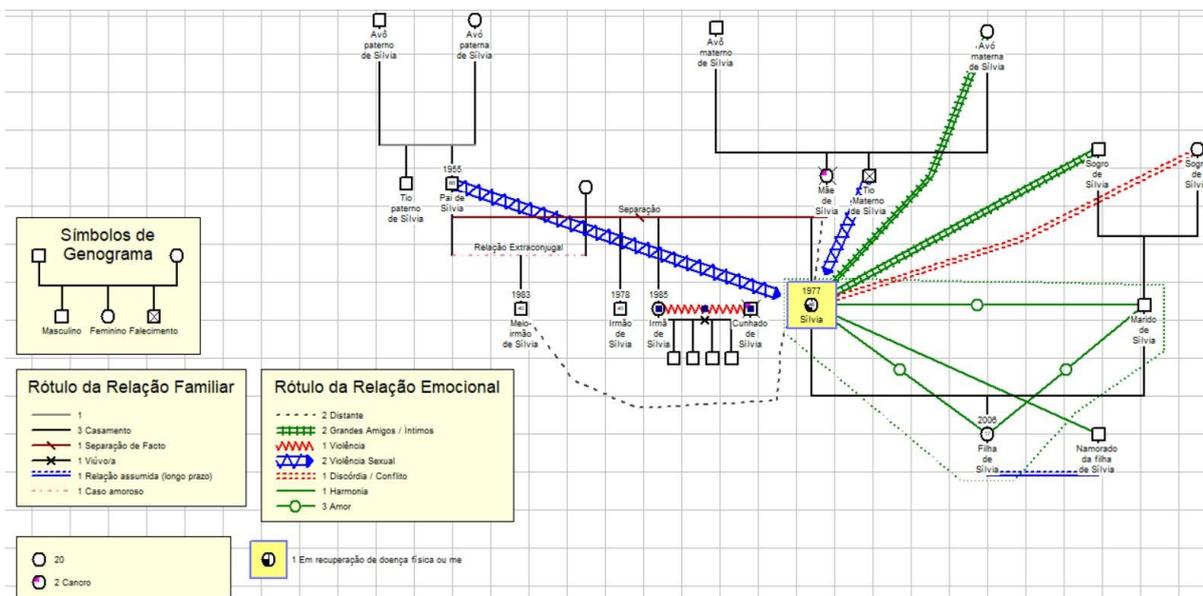
No que diz respeito à relação com o seu pai biológico, que abusou da mesma sexualmente, Sílvia mencionou que este atualmente vive em África, e que não tem qualquer contacto com o mesmo. “Para mim está morto, ele é um pedófilo, tem quase 70 anos e só namora meninas na faixa dos 15 aos 19” (sic). Referiu também que queria reestabelecer relações com a sua família do porto, no entanto não está segura desta decisão “(...) depois a conversa vai sempre dar no meu pai (...)” (sic).

Em relação à filha, Sílvia referiu ser uma mãe que lhe dá liberdade, mas sempre com limites, relatando uma situação em que levou a filha a uma festa de carnaval, porém permaneceu com o marido no carro à espera, e com um localizador no seu telemóvel. A filha tem um namorado, e Sílvia referiu que considerou ser a sua obrigação conversar com o mesmo em relação à vida sexual dos mesmos. Ofereceu-lhe preservativos, e deu conselhos sobre a primeira relação sexual. Referiu também que assim que teve a oportunidade levou a filha à

ginecologista para que esta compreendesse a sua vida sexual. Mencionou também que gostava de ter tido mais um filho, para que a sua única filha não ficasse sozinha, mas o marido não quis. “Ela vive numa bolha, tem tudo o que quer. Eu até queria inscrever a minha casa agora para a jornada da juventude como alojamento, para a minha filha aprender a partilhar as coisas, mas ela e o meu marido não querem.” (sic).

Os colegas de trabalho estavam a pressioná-la com mensagens para saber se Sílvia iria retornar, pois brevemente os alunos iriam para estágio. Sílvia mostrava-se com bastante receio de perder o emprego pois “Eu já perdi muitas oportunidades na vida” (sic). Para além disso Sílvia afirmou que uma das suas colegas, que é madrinha da sua filha, tem inveja de si por ser criativa, e relacionar-se bem com os alunos. Também sentia receio pois mentiu em relação ao motivo da sua baixa médica, afirmando que esta se devia a dores no nervo ciático. Como sabia que nem todos compreendem a doença mental, Sílvia decidiu esconder o seu internamento por receio de perder o emprego, e não saber depois como se iria justificar.

No dia anterior a ter alta clínica, Sílvia referiu que estava muito feliz por poder regressar ao trabalho, mas que seguia com medo da justificação da sua ausência, visto que tinha escondido o seu internamento. Mostrava-se muito contente de ir finalmente pra casa, e poder dar aulas. Em seguida apresenta-se o genograma familiar de Sílvia para uma melhor compreensão da sua rede e dinâmica familiar.



7.5 Análise do Caso com Base na Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo

De forma a compreender o caso de Sílvia em maior profundidade, apresenta-se em seguida a análise do mesmo consoante a Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo (Hipólito, 2011). Esta teoria permitirá analisar o percurso pessoal de Sílvia até ao último internamento, bem como o seu processo de atualização (Hipólito, 2011).

Logo no período de gestação de Sílvia, é possível que tenham existido traumas biológicos, uma vez que a sua mãe teve sangramentos durante a maior parte da gravidez, e para além disso não deverá ter tido os corretos cuidados por desconhecer a gravidez. Durante o período da gestação, a sua mãe encontrava-se também numa situação de bastante stresse, a guerra, stresse que poderá ter impactado Sílvia. É por isso possível que estes traumas tenham afetado Sílvia causando consequências a nível biológico, e psicológico. Neste período o suporte por parte do seu tio materno foi uma condição ótima, auxiliando a família a se reestabelecer em Portugal (Hipólito, 2011).

Quando tinha cinco anos de idade, Sílvia sofreu dois traumas psicológicos, quando presenciou o pai a bater na sua mãe e também quando viu os seus familiares a agredirem o seu pai. Estes traumas relacionados a violência física, originaram em Sílvia consequências a nível psicológico, mais especificamente ansiedade, vómitos e falta de apetite. Ainda na fase da primeira infância é possível constatar que Sílvia foi negligenciada pelos seus familiares (trauma psicológico), trauma este que originou consequências psicológicas, mais especificamente sentimentos de abandono, e solidão por parte de Sílvia. Esta situação levou a que necessitasse desenvolver rápido a sua autonomia (Hipólito, 2011). O abuso sexual que sofreu por parte do pai consiste num trauma psicológico, que levou a consequências psicológicas como o medo de uma suposta figura de referência, e ainda repulsa pelo mesmo. Nesta fase da vida de Sílvia, a sua única condição ótima de atualização correspondia à sua avó materna, pois tal como afirma Sílvia, foi esta que a criou. Mesmo assim, Sílvia teve de desenvolver a sua autonomia bastante cedo.

Aos 10 anos Sílvia sofreu um trauma biológico e psicológico (meningite, seguida por um internamento de três meses), que levou a consequências biopsicossociais, pois Sílvia sentia-se assustada, sozinha e perdeu bastante peso, ficando fraca fisicamente. Para além disso a visita por parte das suas tias agravou as consequências psicológicas já existentes, aumentando a sua tristeza (Hipólito, 2011). Após a alta deste internamento, Sílvia ficou a cargo dos seus tios maternos, situação pela qual se mostrou revoltada. Sentiu-se rejeitada por parte da sua mãe (condições de valor), visto que foi a única filha que necessitou ficar com estes tios, não encontrando justificação possível. Ao longo da sua estadia com estes tios sofreu dois traumas

psicológicos (a visualização de filmes pornográficos, e abuso sexual por parte do tio), traumas que criaram consequências a nível psicológico, mais especificamente o medo, e novamente a sensação de abandono por parte da sua mãe (Hipólito, 2011) e, possivelmente, uma certa promiscuidade sexual, patente em comportamentos sexuais já na idade adulta. Ter retornado para o cuidado dos seus avós maternos foi uma condição ótima de atualização para Sílvia, estando agora distante das figuras que lhe causavam medo. No entanto voltou para um ambiente em que as condições eram precárias “estava cheia de pulgas” (trauma biológico e psicológico), novamente originando consequências psicológicas, e também biológicas visto que passava as noites sem dormir devido à situação (Hipólito, 2011).

É possível constatar um locus de controlo externo quando Sílvia sujou o seu pijama, e afirma “Ali pensei que realmente era a vida, ou o karma a dizer-me que nunca ia ser feliz.” (sic), visto que atribuiu a culpa da situação a eventos externos a si (Hipólito, 2011).

Durante a fase da adolescência Sílvia sofreu um trauma social (*bullying*), trauma que possivelmente terá tido consequências psicológicas. Apesar de não ter sido possível explorar esta situação com Sílvia, as possíveis consequências derivadas do *bullying* como tristeza, e isolamento poderão justificar a diminuição do seu rendimento escolar, uma vez que afirmou ter sido a melhor aluna, porém depois não conseguiu ingressar na faculdade. No entanto constata-se novamente a ação da tendência atualizante de Sílvia. Iniciou um emprego que lhe permitiu mais autonomia e realizar o curso de Técnica de Apoio à Infância, tornando-se estas situações condições ótimas de atualização para Sílvia. No entanto, ainda aos 16 anos, sofreu um trauma biológico e psicológico (primeiro episódio depressivo, provavelmente manifestação da Perturbação Bipolar), trauma que levou a consequências psicológicas, provavelmente como a falta de prazer, e energia para realizar atividades. Este trauma teve consequências biológicas, e psicológicas ao longo do tempo, correspondendo estas a todos os posteriores episódios da Perturbação Bipolar (episódios maníacos e depressivos). Nesta fase a medicação terá sido uma condição ótima de atualização para Sílvia, auxiliando na diminuição dos sintomas. Foi antes de ingressar na faculdade que Sílvia conheceu o atual marido, mostrando-se este desde este momento uma condição ótima de atualização para Sílvia (Hipólito, 2011).

Quando Sílvia completou o curso, recebeu algum reconhecimento por parte da mãe. Ao comentar sobre este reconhecimento é possível constatar as condições de valor impostas sobre Sílvia, que por maior esforço que fizesse sempre sentiu falta de carinho da mãe, e abandonada pela mesma. Porém, é possível que este pequeno reconhecimento tenha sido uma condição ótima de atualização para Sílvia (Hipólito, 2011). Aos 20 anos, Sílvia sofreu um trauma psicológico (o falecimento da sua mãe), trauma que originou como consequência psicológica

bastante revolta, e raiva. Porém nesta altura Sílvia possuía já como condição de atualização o amor, e suporte do seu atual marido, sendo este quem a acompanhava para visitar a mãe nos cuidados paliativos, e sempre a auxiliou (Hipólito, 2011). Atendimento para se atualizar de Sílvia levou também a que procurasse ajuda psicológica após sentir a amamentação como um ato sexualizado. No entanto este acompanhamento psicológico revelou-se outro trauma psicológico, ao invés de uma condição ótima, levando a consequências psicológicas como o reforçar da crença da amamentação como um ato sexualizado (Hipólito, 2011).

Ao procurar novamente ajuda psiquiátrica, Sílvia obteve o diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo II (trauma psicológico). O diagnóstico de Perturbação Obsessiva Compulsiva (data desconhecida) consistiu também num trauma psicológico para Sílvia. Como mencionado na revisão de literatura, a Teoria do Desenvolvimento Psico-afetivo observa a psicopatologia como uma articulação entre os traumas vivenciados pela pessoa, sendo que a sua tendência atualizante se manifesta através do surgimento de sintomas com o objetivo de autocura (Hipólito, 2011). Para além disso foi também possível constatar na revisão de literatura uma possível relação entre traumas vivenciados na infância, e a Perturbação Bipolar tipo II, podendo então colocar-se como hipótese que os sintomas manifestados por Sílvia se relacionem aos abusos sexuais sofridos (Quidé et al., 2020).

No que diz respeito ao surto psicótico de Sílvia, composto por ideias persecutórias e paranoides, o seu marido que sempre se demonstrou uma condição ótima de atualização, não terá conseguido nesta situação demonstrar o devido apoio e suporte, visto que embarcou num delírio conjunto com Sílvia (Hipólito, 2011).

Sílvia sofreu novamente um trauma psicológico quando o seu internamento voluntário, passou a compulsivo, o que originou consequências psicológicas a Sílvia, mais especificamente a raiva, e por consequência agressões à equipa técnica. No entanto após alta desse internamento, Sílvia teve acompanhamento psiquiátrico até 2022/2023, o que se mostra uma condição ótima de atualização. Existiu ainda um trauma biológico na vida de Sílvia, após sofrer uma queda e ficar inconsciente. Este trauma originou como consequências biológicas dificuldades temporárias a nível da coordenação motora, e afasia. Uma vez que Sílvia refere ser catequista, e bastante religiosa há sete anos, este aspeto corresponde também a uma condição ótima de atualização que a terá auxiliado a ultrapassar os traumas psicológicos, e biológicos vivenciados nesta altura (Hipólito, 2011).

O próprio internamento no local de estágio correspondeu também a um trauma psicológico para Sílvia, com consequências a nível psicológico visto que afirmou sentir-se aprisionada, muito ansiosa e a deprimir. No entanto as suas idas ao coro do local de estágio, o

apoio por parte do seu marido e da sua filha, e o acompanhamento psiquiátrico e psicológico mostraram-se como condições ótimas de atualização para Sílvia, acabando esta por ter alta com remissão dos seus sintomas (Hipólito, 2011).

No que diz respeito ao self real de Sílvia, é possível constatar que esta observa-se como uma boa professora e criativa “(...) eu sou criativa, dou-me bem com alunos” (sic). No entanto existe distância entre o self real, e desejado de Sílvia, visto que esta se mostra bastante envergonhada pela sua patologia “(...) tenho medo de perder o trabalho se souberem que estou aqui, nem toda a gente compreende a doença mental” (sic). O facto de Sílvia afirmar frequentemente que os que a rodeiam estão contra si (como a sua sogra, e colegas de trabalho), e também que tentam prejudicá-la por invejá-la, reforçam que Sílvia possua um locus de controlo externo, atribuindo sempre a causa das situações a eventos ou pessoas exteriores a si “Mas esta colega que mandou-me esta mensagem tem inveja de mim (...) tenho receio que me tente tirar o lugar.” (sic) (Hipólito, 2011).

Atualmente Sílvia possui quatro principais condições ótimas de atualização na sua vida. As duas principais correspondem ao amor e suporte do seu marido, e também ao apoio e carinho por parte da sua filha. Também a sua relação positiva com o seu sogro a quem chama “pai”, e o seu atual emprego em que finalmente se sente realizada são condições ótimas de atualização para Sílvia. Para além disso, Sílvia encontrou recentemente o porta-joias da sua falecida mãe, e encontra nestes objetos conforto. Sílvia está por isso a conseguir transformar as consequências psicológicas de raiva e revolta após o falecimento da mãe em atuais condições de atualização (Hipólito, 2011).

7.6 Reflexão Sobre o Caso e Dinâmica das Sessões

Foi possível constatar uma grande evolução em Sílvia, comparando a sua última sessão de acompanhamento psicológico com o seu quadro inicial, no momento do internamento.

Na primeira sessão de acompanhamento Sílvia apresentava uma grande desorganização a nível do pensamento, o que originava um discurso extremamente rápido, tornando-se complicado interromper para intervir. Existia uma alternância muito rápida entre situações do passado e do presente de Sílvia, o que também tornava difícil o acompanhamento da ordem lógica dos acontecimentos. Após ser questionada sobre a data em que certo acontecimento tinha ocorrido Sílvia pediu uma folha onde desenhava uma linha cronológica para poder se organizar, e assim contar-me toda a sua história de vida. Chegou a emocionar-se algumas vezes, porém rapidamente alterava o seu humor. Sílvia afirmou logo nesta sessão estar a aperceber-se de assuntos nunca notados por si. Apesar das dificuldades desta primeira sessão de

acompanhamento, Sílvia apresentava uma grande necessidade de falar, e mostrou simpatizar-se comigo, o que auxiliou a que quisesse permanecer o acompanhamento.

Na segunda sessão de acompanhamento foi possível observar que Sílvia aguardava pela mesma de forma expectante. Trouxe consigo um texto que relatava o parto da sua avó, e a partir deste continuou a relatar a sua história de vida. O seu discurso era já mais lento, no entanto ainda era possível notar algumas interrupções por parte de Sílvia. Nesta sessão, abordou bastante as suas relações interpessoais, falando mais sobre aqueles que a rodeiam do que sobre si própria. No entanto no fim da sessão referiu estar satisfeita com os temas que abordou, e que novamente estes estavam a ser surpreendentes, mesmo após diversos anos de psicoterapia.

No que diz respeito à terceira sessão, Sílvia trazia consigo novamente um texto para apresentar, no entanto acabou por desistir de mostrar o mesmo, e preferiu focar-se na sua frustração do momento presente. Utilizou esta sessão para expor a sua frustração com o internamento, e para refletir sobre o seu estado atual, considerando estar a deprimir. Para além do discurso cada vez mais lento, nesta sessão Sílvia evoluiu também ao conseguir falar mais abertamente sobre os seus próprios sentimentos.

Na quarta sessão era possível observar que Sílvia já não apresentava os sintomas de euforia manifestados no início do internamento, tanto no que diz respeito ao seu discurso, como à sua postura. Porém mostrava sentir-se bastante inquieta em relação ao momento da alta, por já se sentir recuperada e necessitar de trabalhar. Com a facilitação das condições atitudinais, Sílvia conseguiu acalmar esta inquietação, e retomámos a sua história de vida. Esta foi a sessão em que Sílvia se mostrou mais vulnerável, e sensível revelando sentimentos mais profundos como uma grande solidão na infância, e o sentimento de abandono por parte da sua mãe.

A quinta sessão ocorreu depois de uma ida de Sílvia a casa no fim de semana. Após retornar afirmou que ao conversar com o seu marido, chegaram à conclusão de que não era positivo para si abordar temas do passado. Sílvia utilizou então a sessão para expor o seu retorno a casa durante o fim de semana, cansaço e incompreensão por parte da filha. Era notória a sua evolução, não apresentando alterações a nível do discurso, ou da sua postura, e mostrou-se capaz de aprofundar os seus sentimentos, agora relacionados ao momento presente.

No que diz respeito à última e sexta sessão, Sílvia aparentava uma pessoa completamente diferente, alegre e entusiasmada pela sua alta e retorno a casa. Utilizou esta sessão para expor esse entusiasmo, mas também o seu receio por retornar ao trabalho e necessitar justificar a sua baixa. A nível psiquiátrico mostrava-se totalmente recuperada a nível do episódio maníaco, e pronta para retornar ao seu quotidiano. Porém, a nível do acompanhamento psicológico, acredito que a interrupção do relato da sua história de vida,

tenha interrompido uma evolução que estava a demonstrar, em relação a assuntos “mal resolvidos” dentro de si.

Existiram alguns aspetos que não correram positivamente nas sessões de acompanhamento com Sílvia. Uma grande dificuldade minha correspondeu ao relato detalhado dos abusos sexuais que Sílvia sofreu, e dos filmes pornográficos que era obrigada a assistir. Senti bastante dificuldade em conseguir elaborar uma resposta de compreensão empática para o relato desses episódios, limitando-me a afirmar que deveriam ser memórias dolorosas.

Outro aspeto que influenciou negativamente o acompanhamento diz respeito ao momento em que afirmou não querer mais abordar temas do passado. Esta situação levou a que me sentisse incongruente, com receio de ter abordado tópicos sensíveis, e causado algum dano a Sílvia. Para além disso existe muito pouca informação em relação à adolescência de Sílvia, fase crucial no desenvolvimento na personalidade, e onde surgem frequentemente os primeiros sintomas de doença mental. No entanto Sílvia afirmou após a conclusão das sessões de acompanhamento que isto não tinha acontecido, pois as minhas intervenções lhe traziam compreensão e conforto após abordar temas sensíveis. Para além disso, esta situação foi um momento de aprendizagem, pois consegui compreender o que me estava a deixar num estado de incongruência, e não deixei que isto afetasse a capacidade de responder empaticamente aos assuntos do momento presente.

Porém, existiram aspetos positivos no acompanhamento psicológico com Sílvia. Sílvia sempre demonstrou uma postura colaborante, e disposta ao acompanhamento psicológico. Após ouvir respostas de compreensão empática, e sentir que não era julgada por mim, Sílvia conseguia também ressignificar certas situações. Tome-se como um exemplo repensar se aqueles que a rodeiam realmente lhe desejavam mal, e a invejam. Outro exemplo seria após a minha intervenção conseguir compreender que ainda não estava pronta para ter alta clínica, e assim repensar a sua atitude de revolta contra a sua médica psiquiatra.

Sílvia certamente beneficiaria do prosseguimento do acompanhamento psicológico, pois aparenta possuir muitos temas sensíveis que ainda não foram ultrapassados e que prefere evitar. Para além disso beneficiaria de um tratamento focado na ansiedade, pois para além dos seus diagnósticos mostra ter dificuldades a este nível.

Um ponto também importante de reflexão no caso de Sílvia diz respeito ao seu diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo II. Tal como descrito na revisão de literatura, um critério fundamental que distingue os dois tipos de Perturbação Bipolar, é que para que se concretize o diagnóstico do tipo II, nunca poderá ter existido um episódio maníaco (APA, 2013). No entanto ao observar toda a história pessoal de Sílvia contatam-se vários episódios

em que existiram delírios, e um surto psicótico, e perante a existência de características psicóticas, falamos de um episódio maníaco (APA, 2013).

8. Caso de Avaliação Psicológica

Em seguida apresenta-se o caso de avaliação psicológica realizada no local de estágio, elaborada ao longo de quatro sessões. De forma a complementar a informação da história clínica foram também utilizados relatórios passados da utente, bem como o seu processo de entrada no local de estágio. Em anexo encontra-se o relatório do processo de avaliação psicológica realizado (Anexo II).

8.1 Identificação

Lurdes (nome fictício) é do sexo feminino, tem 69 anos de idade, é de nacionalidade portuguesa e reside no distrito de Setúbal. É casada, tem uma filha de 44 anos de idade, um neto de 2 anos, e é licenciada em Educação. Foi professora do primeiro ciclo de escolaridade, porém aposentou-se aos 58 anos de idade. Tem dois irmãos, um irmão mais novo, e uma irmã mais velha.

8.2 Motivo do Pedido

Lurdes tem o diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo I, e encontrava-se internada no local de estágio devido a um episódio depressivo. No entanto mostrava-se bastante confusa em relação ao motivo do seu internamento. Considerando que há casos de Perturbação Bipolar com características psicóticas em que coocorrem défices a nível da função executiva, e da memória, esta avaliação teve como objetivo avaliar a existência de algum possível declínio cognitivo, bem como o nível de depressão em que Lurdes se encontrava, e ainda compreender melhor os sintomas psicopatológicos que marcam o seu funcionamento psíquico.

8.3 Observação

Lurdes encontrava-se vígil e orientada auto e alopsiquicamente. A sua apresentação era cuidada e adequada. Demonstrava capacidades de manter a atenção. O seu humor era deprimido, e fatigado, apresentando uma postura frequentemente cabisbaixa. Não se observaram alterações a nível do discurso. Era sempre bastante preocupada com a sua pontualidade para as sessões.

8.4 História Pessoal

Lurdes não se recordava de muita informação em relação à gravidez da sua mãe, apenas afirmando que nasceu em casa por falta da existência de hospitais, sem complicações e

saudável. Em relação à fase da primeira infância, relatou que ia para um infantário católico, acompanhada pela irmã mais velha, e que gostava bastante “sei que era giro, uma casa bonita, com muitos brinquedos” (sic). Referiu-se a esta fase como um período feliz, e sem quaisquer dificuldades ao nível do desenvolvimento.

No que diz respeito à fase da segunda infância, entre os 6 e os 10 anos de idade, Lurdes afirmou que era ótima aluna na primária, e que tinha uma relação muito boa com a sua professora. Afirmou também que a sua disciplina preferida era matemática, e que todos os professores notavam que não possuía dificuldades de aprendizagem. Nos tempos livres, brincava com as suas amigas “às casinhas” (sic), visto que não tinha brinquedos, mas era feliz com o pouco que tinha. Lurdes e as suas amigas estavam sempre a aguardar pela chegada duma amiga com melhores condições económicas, pois esta levava consigo brinquedos e era um momento agradável para todas. Referiu também que brincava muito com o seu irmão mais novo, e que os três irmãos tinham uma boa relação. Teve uma irmã que faleceu aos dois anos devido a meningite. Nas férias de verão, os três ajudavam os seus pais no trabalho no campo, e toda a família tinha uma boa relação “o ambiente em casa era bom” (sic).

Relativamente à sua adolescência, aos 11 anos de idade deslocou-se para o norte de Portugal para “fazer o liceu” (sic), e permanecia num alojamento com outras estudantes, com as quais tinha uma boa relação. Mantinha bom aproveitamento escolar. Apercebeu-se de que tinha interesse na área do ensino pois “gostava de instruir os outros” (sic), e por esta razão realizou um curso de dois anos em magistério. Afirmou que nesta fase não tinha interesses românticos. Considerava-se bonita “era loirinha, lindinha, tinha uma cara muito engraçada” (sic). Aos 18 anos concluiu o curso de magistério, e formou-se como professora.

Em relação à sua vida adulta, Lurdes afirmou que sempre preferiu ensinar a disciplina de Português. Quando concluiu o curso no norte de Portugal, não existiam vagas de emprego, portanto mudou-se para o distrito de Setúbal. Aí, necessitava de utilizar transportes públicos, e considerava que possuía condições económicas razoáveis, “dava para viver” (sic). Após uma ida à praia a seguir ao expediente de trabalho, conheceu aquele que é o seu atual marido. Namoraram durante um certo tempo e casaram-se em final dos anos 70. Inicialmente passaram por dificuldades e necessitaram comprar uma casa “estilo kitchnette” (sic). Algum tempo depois conseguiram mudar-se para uma casa maior.

Um ano após ter se casado, Lurdes engravidou de forma não planeada da sua única filha. Considera que não existiram complicações durante a sua gravidez. Em relação ao momento do parto da sua filha Lurdes afirmou que esta “foi tirada à ventosa e nasceu gordinha” (sic). Afirmou que “não foi muito fácil” (sic) criar um recém-nascido, no entanto, estava feliz,

e naquela altura ainda possuía capacidades para o fazer. Amamentou até aos 10 meses da filha e necessitou de contratar uma ama, pois trabalhava.

Aos 40 anos de idade, Lurdes licenciou-se em Educação e afirmou que sempre gostou do seu emprego. O seu marido sempre trabalhou na área da construção civil e sempre tiveram uma boa relação “dentro do possível” (sic). Afirmou também que ambos possuem uma boa relação com a sua filha.

Nos últimos anos de Lurdes como professora, precisou de arranjar emprego em outro concelho, sendo que retornava todos os dias ao concelho em que residia. Para além disto tinha de visitar os seus pais que residiam no norte de Portugal, “a vida não foi fácil, por isso é que estou esgotada” (sic). Afirmou também que o trabalho como professora era desgastante a nível mental, pois lecionava a todas as turmas entre o 1º e o 4º ano. A sua carga de trabalho foi também aumentada, pois necessitava de substituir professores, o que implicava uma grande capacidade de improvisação. Encontrava-se extremamente cansada, “já tive esgotamentos uma ou duas vezes” (sic) mas “foi aguentando” (sic). Lurdes aposentou-se aos 58 anos de idade. Quando se aposentou, sentiu-se feliz pois poderia finalmente descansar. No entanto começou a aperceber-se de que necessitava de encontrar algo para preencher os seus tempos livres, para que a mudança na sua rotina não fosse tão drástica. Dedicou-se então ao artesanato e ao crochet, criando uma página na internet com o objetivo de vender os produtos que fazia. Para além disso mantinha também as suas atividades diárias (cozinhar, lavar a roupa, limpar).

Lurdes referiu ser acompanhada em Psiquiatria desde 2017, devido a dificuldades para adormecer. No entanto, através dos seus registos clínicos foi possível apurar que é acompanhada pela psiquiatria desde 2003. Afirmou também que este seria o seu primeiro internamento, no entanto, consoante os seus registos clínicos, constatou-se que Lurdes teve dois internamentos prévios: um em 2004 devido a um episódio depressivo, no qual a sua filha desconfia que tenha tido ideias suicidas, e outro em 2019 devido a um episódio maníaco com sintomas psicóticos.

Em 2021 a mãe de Lurdes faleceu “por velhice, mas tenho noção de que durou muito tempo, sempre trabalhou no campo e sem saber ler” (sic). Foi no fim de 2022 que Lurdes passou a sentir-se cansada “de rastos” (sic), sendo que já nem o artesanato nem o crochet lhe despertavam interesse. Em relação ao último episódio depressivo, que levou a que necessitasse ser internada, foi informado pela filha que Lurdes já não se levantava da cama, e não tomava a sua medicação, decidindo por isto a filha que o internamento seria a melhor opção. No entanto Lurdes não compreendeu a razão deste internamento “não estou a criticar, mas mal entrei aqui vi umas pessoas com aspeto esquisito e perguntei à minha filha “Aí! Para onde é que me estás

a meter?!” (sic). De acordo com Lurdes este internamento foi uma surpresa, pois não considerava que seria tão “devastador e pesado” (sic). Continuava a não conseguir dormir, mesmo tomando a medicação, porque de acordo com a mesma os comprimidos “não fazem efeito” (sic). Sentia-se extremamente cansada, e sem motivação.

Lurdes encontrava-se saturada do local de estágio, e desejava retornar a casa “parece que já estou aqui há um ano, estamos ali presas a fazer horas, parece que só estamos a espera da hora da comida” (sic). Durante as manhãs tinha dificuldades em acordar cedo visto que adormecia muito tarde, e sentia-se também frustrada porque “não tinha vida própria” (sic). Frequentemente também afirmava ter receio de não acordar mais, devido à quantidade de medicação que tomava “não sei o que aquilo me pode fazer” (sic). Afirmou também que gostava de ter mais distrações no local de estágio, e poder sentir-se mais útil. Não se sentia segura para se deslocar sozinha dentro das instalações. Estava bastante preocupada pois o seu marido encontrava-se sozinho, e não conseguia ajudar a educar o seu neto, porém afirmava “que ia levar um dia de cada vez” (sic). Mencionou também que agora não está satisfeita com a sua aparência física “estou acabada” (sic).

Em relação aos antecedentes pessoais, Lurdes já foi operada à vesícula, sofre de diabetes, hipertensão alta e dislipidemia (níveis anormais de lípidos na corrente sanguínea). A medicação que se encontrava a tomar no local de estágio correspondia a Venlafaxina (antidepressivo), olanzapina (antipsicótico) e socian (medicamento para perturbações psicóticas e do comportamento).

8.5 Instrumentos de Avaliação Psicológica Utilizados

Após a observação e recolha da história clínica de Lurdes, foram aplicados três instrumentos de avaliação psicológica para uma melhor compreensão do seu quadro clínico: o *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R)*; o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

Em seguida apresenta-se uma descrição dos instrumentos utilizados.

8.5.1 *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R)* (Firmino et al., 2018)

O *Addenbrooke's Cognitive Examination* foi desenvolvido com o objetivo de apresentar uma bateria de testes de rastreio cognitivo. Este instrumento apresenta-se útil para a identificação de: declínio cognitivo ligeiro; doença de Alzheimer; demência vascular; demência frontotemporal; doença de Parkinson; acidentes Vasculares cerebrais; afasia e distinção entre depressão e doença de Alzheimer (Firmino et al., 2018). Avalia cinco domínios:

Atenção e orientação (subdividido em orientação, retenção, e atenção e concentração); Memória (subdividido em evocação, memória anterógrada e retrógrada); Funções executivas (subdividido em fluência verbal); Linguagem (subdividido em compreensão, escrita, repetição, nomeação e leitura); Visuo-espacial (subdividido em competências visuo-espaciais e aptidões de percepção) (Firmino et al., 2018). A sua administração dura cerca de 15 minutos.

Para efeitos de cotação, quão maior a pontuação, melhor o funcionamento cognitivo, correspondendo a pontuação máxima possível a 100 pontos (Firmino et al., 2018).

8.5.2 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Canavarro, 1999)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos foi desenvolvido por Canavarro (1999), e diz respeito a uma adaptação portuguesa do instrumento *Brief Symptom Inventory*, elaborado por Derogatis (1982) (Canavarro, 2007).

Trata-se de um inventário que tem como intuito avaliar sintomas psicopatológicos, subdivididos em nove dimensões primárias, e ainda três índices globais (avaliações sucintas de perturbação a nível emocional). Destina-se à população em geral, a doentes psicopatológicos e a pessoas com perturbações a nível emocional, a partir dos 13 anos de idade. A sua aplicação pode ser realizada de forma individual, ou coletiva, e a duração do seu preenchimento dura entre 8 e 10 minutos (Canavarro, 2007). Apresentam-se em seguida, as nove diferentes dimensões primárias avaliadas, descritas por Derogatis (1993):

- **Somatização** – diz respeito a queixas originadas pelo funcionamento a nível somático, englobando o sistema gastrointestinal, respiratório, cardiovascular, muscular e outras queixas somáticas relacionadas à ansiedade (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).
- **Obsessões-compulsões** – aborda sintomas relativos à Perturbação Obsessiva Compulsiva, incluindo impulsos, cognições e comportamentos indesejados aos quais a pessoa não tem a capacidade de resistir (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).
- **Sensibilidade Interpessoal** – foca-se em sentimentos de inferioridade em comparação com outros, e sentimentos de desajuste a nível pessoal, mais especificamente timidez, depreciação perante si próprio, desconforto e hesitação ao longo das interações sociais (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).
- **Depressão** – avalia aspetos indicativos de Perturbação Depressiva, como falta de motivação, de interesse e energia (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).
- **Ansiedade** – centra-se em aspetos cognitivos que se relacionam a apreensão, nervosismo e tensão. Inclui ainda sintomas específicos da Perturbação de Ansiedade Generalizada,

ataques de pânico e sintomas a nível somático da ansiedade (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).

- **Hostilidade** – foca-se em emoções, pensamentos ou comportamentos específicos do humor negativo resultante da cólera (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).
- **Ansiedade Fóbica** –foca-se nos comportamentos derivados de uma resposta irracional e persistente de medo, direcionado a alguma situação, pessoa ou local, levando ao evitamento (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).
- **Ideação Paranoide** –foca-se nos aspetos de hostilidade, suspeita, egocentrismo, grandiosidade, delírios, pensamento projetivo e receio da perda da capacidade de autonomia. Estes aspetos correspondem a um comportamento paranoide, resultante de uma perturbação do funcionamento cognitivo (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).
- **Psicoticismo** – engloba aspetos indicadores de isolamento, de uma forma esquizóide de encarar o mundo, e ainda sintomas iniciais da Esquizofrenia (controlar pensamentos e alucinações) (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007).

Existem quatro itens que constituem o BSI, que não se enquadram em nenhuma das dimensões mencionadas de forma exclusiva, porém são relevantes clinicamente, e por isso inseridos nas pontuações dos três índices globais. Estes correspondem aos itens 11 – “Perder apetite”, 25 – “Dificuldade em adormecer”, 39 – “Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer” e 52 – “Ter sentimentos de culpa” (Canavarro, 2007).

Os três índices globais avaliados pelo BSI, que avaliam de forma resumida a existência de perturbação emocional, são:

- **Índice Geral de Sintomas (IGS)** – A pontuação considera o nível de intensidade do mal-estar que a pessoa experiencia, em relação à quantidade de sintomas que foram preenchidos no instrumento (Canavarro, 2007).
- **Índice de Sintomas Positivos (ISP)** – Apresenta a média da intensidade de todos os itens preenchidos no instrumento (Canavarro, 2007).
- **Total de Sintomas Positivos (TSP)** – O TSP difere do ISP, pois apresenta a quantidade de queixas sintomáticas apresentadas, ao invés da intensidade dos sintomas. Existe a possibilidade de que uma pessoa possua um baixo Índice de Sintomas Positivos, e uma sintomatologia complexa (ou seja, uma pontuação alta no TSP) (Canavarro, 2007).

Para efeitos de uma perspetiva clínica, as pontuações que a pessoa apresenta nas nove dimensões primárias permitem compreender o tipo de sintomas que mais prejudicam a sua

qualidade vida. Apenas a análise dos três índices globais, permite por si só uma avaliação global do nível de sintomas psicopatológicos que a pessoa manifesta (Canavarro, 2007).

8.5.3 Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Ferreira & Espírito-Santo, 2018)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS), foi originalmente desenvolvida por Yesavage et al. (1983), e validada para a população portuguesa por Ferreira e Espírito-Santo (2018). Tem como objetivo avaliar a gravidade de quadros clínicos de Perturbação Depressiva, e destina-se apenas à população geriátrica (Ferreira & Espírito-Santo, 2018). Trata-se de um instrumento de autorresposta, composto por 30 itens, com possibilidade de resposta em formato dicotómico, sendo as respostas possíveis “sim” ou “não” (Ferreira & Espírito-Santo, 2018) (Apóstolo, 2012). A pontuação total da GDS situa-se entre 0 e 30 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, mais grave o quadro da Perturbação Depressiva (Yesavage et al., 1983 citado por Ferreira & Espírito-Santo, 2018). Pontuações situadas entre 0 e 10 avaliam-se como “ausência de depressão”, entre 11 e 20 pontos “depressão ligeira” e entre 21 e 30 pontos “depressão grave” (Apóstolo, 2012).

8.6 Resultados

Em seguida apresentam-se os resultados do processo de avaliação psicológica de Lurdes.

8.6.1 Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R)

Em relação ao domínio da Atenção e Orientação, Lurdes obteve uma pontuação de 15 pontos, num total de 18 pontos. Esta pontuação é ligeiramente inferior à média do grupo normativo para a sua idade, e escolaridade ($M_{\text{grupo normativo}} = 17.91$, $DP = 0.29$). O domínio da Memória foi aqueles em que Lurdes apresentou pior desempenho. Obteve uma pontuação de 15 pontos, num total de 26 pontos. Esta pontuação é bastante inferior à média do grupo normativo, considerando a sua idade e escolaridade ($M_{\text{grupo normativo}} = 22.93$, $DP = 2.91$).

No que diz respeito ao domínio Funções Executivas (Fluência), obteve uma pontuação de 9 pontos, num total de 14 pontos. Esta pontuação encontra-se ligeiramente abaixo da média do grupo normativo para a sua idade, e escolaridade ($M_{\text{grupo normativo}} = 10.81$, $DP = 2.19$).

Em relação ao domínio da Linguagem, obteve uma pontuação de 25 pontos, num total de 26 pontos. Esta pontuação é bastante semelhante à média do grupo normativo para a sua idade, e escolaridade ($M_{\text{grupo normativo}} = 24.47$, $DP = 1.70$). Já no que toca ao domínio Visuo-

espacial, apresentou a pontuação máxima possível (16 pontos), a qual é ligeiramente superior à média esperada para a sua idade e escolaridade ($M_{\text{grupo normativo}} = 15.21$, $DP = 1.19$).

Em relação à pontuação total, Lurdes obteve uma pontuação total de 80 pontos, num total de 100 pontos. Esta pontuação encontra-se abaixo da média do grupo normativo para a sua idade, e escolaridade ($M_{\text{grupo normativo}} = 91.35$, $DP = 5.66$). O desempenho de Lurdes situa-se entre os percentis 5 e 10. Já no MMSE, obteve uma pontuação de 25 pontos, num total de 30 pontos. Esta pontuação encontra-se ligeiramente abaixo da média do grupo normativo ($M_{\text{grupo normativo}} = 28.67$, $DP = 1.61$).

8.6.2 Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Em relação à dimensão “obsessões-compulsões” Lurdes apresentou a pontuação 1.67. Esta pontuação encontra-se acima da média da população geral (1.29), e abaixo do ponto de corte da média para perturbações emocionais (1.92).

No que diz respeito à dimensão “ansiedade fóbica”, Lurdes apresentou a pontuação 1.40. Esta pontuação encontra-se acima da média da população geral (0.42), e também acima do ponto de corte da média para perturbações emocionais (1.02). No que toca à dimensão “ansiedade”, apresentou a pontuação 1.33, a qual se encontra acima da média da população geral (0.94), mas abaixo do ponto de corte da média para perturbações emocionais (1.75).

No que diz respeito à dimensão “psicoticismo”, apresentou como pontuação 0.8, estando esta pontuação acima da média da população geral (0.67), mas abaixo do ponto de corte da média para perturbações emocionais (1.40).

Relativamente à dimensão “somatização”, obteve a pontuação 0.29, estando abaixo da média da população geral (0.57), e abaixo do ponto de corte da média para perturbações emocionais (1.36).

No que diz respeito aos quatro itens adicionais, destaca-se apenas o item 25 “Dificuldade em adormecer”, no qual Lurdes obteve a pontuação máxima de 4 pontos.

O Índice Geral de Sintomas (IGS) apresentado foi 0.77. Esta pontuação encontra-se ligeiramente abaixo da média da população geral (0.84), e abaixo do ponto de corte da média para perturbações emocionais (1.43).

O Total de Sintomas Positivos (TSP) obtido por Lurdes correspondeu a 22, situando-se abaixo da média da população geral (26.99), e bastante abaixo do ponto de corte da média para perturbações emocionais (37.35). Por fim, no Índice de Sintomas Positivos (ISP), Lurdes obteve a pontuação 1.86, encontrando-se acima da média da população geral (1.56), e abaixo do ponto de corte da média para perturbações emocionais (2.11).

8.6.3 Escala de Depressão Geriátrica

Na Escala de Depressão Geriátrica, Lurdes obteve uma pontuação de 11 pontos, num total possível de 30 pontos. Esta pontuação enquadra-se em “Depressão Ligeira”.

8.7 Reflexão/Conclusão

A primeira sessão com Lurdes tinha como intuito a recolha da sua anamnese. No entanto, Lurdes apresentava um humor bastante deprimido, desmotivação e alguma desconfiança perante mim, o que dificultou a recolha da informação. Falou muito pouco e não desenvolvia o discurso, limitando-se a respostas como “sim” e “não”. Apesar deste primeiro contacto ter me causado frustração, considerei que esta atitude poderia dever-se ao facto de não me conhecer, ou perceber as minhas intenções ao colocar-lhe certas questões.

Na segunda sessão, Lurdes mostrava-se ligeiramente mais motivada, e menos desconfiada, e por esta razão foi possível uma recolha mais completa da anamnese, bem como um contacto mais sintónico com a mesma. No entanto considero que teria sido uma mais-valia uma sessão com a filha de Lurdes de forma a obter mais informação, e também a verificar a veracidade de alguns pontos abordados pela mesma.

Após a recolha da anamnese expliquei a Lurdes que seriam aplicados alguns instrumentos com o intuito de compreender melhor o seu quadro clínico, ao que Lurdes respondeu positivamente, e apresentou uma postura colaborante.

Na terceira sessão com Lurdes, foram aplicados o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, e a Escala de Depressão Geriátrica. Lurdes permaneceu com uma postura colaborante, e manifestava um real interesse nos itens que constituíam os instrumentos, refletindo sobre os mesmos antes do preenchimento.

Na quarta, e última sessão foi aplicado o ACE-R. Permanecia com uma postura colaborante, interessada e motivada para a realização das tarefas, referindo no fim que o teste tinha sido “bastante divertido e acessível” (sic). Apesar do primeiro contacto com Lurdes não ter sido positivo, acredito que a partir da segunda sessão passou a estabelecer-se uma relação de mais confiança, e por consequência existiu maior empenho da sua parte, e motivação de ambas as partes.

O BSI foi de fácil aplicação, e mostrou-se bastante enriquecedor para a descoberta de alguns aspetos em relação a Lurdes. Tal como se constatou nos resultados, os níveis da dimensão “ansiedade fóbica” apresentados por Lurdes encontram-se acima do ponto de corte relativo a perturbações emocionais, aspeto que não foi aprofundado pela mesma. Este fator

pode ser uma justificção para o receio referido por Lurdes em relação a deslocar-se sozinha no local de estágio, e também em relação a outros utentes. Os resultados acima da média nas dimensões “obsessões-compulsões” e “psicoticismo” foram também surpreendentes, visto que não constatei indícios dos mesmos pela observação do comportamento, postura ou discurso de Lurdes. Uma vez que Lurdes se encontrava-se internada devido um episódio depressivo, era esperado que a dimensão “depressão” apresentasse um nível de perturbação emocional, no entanto obteve um resultado semelhante ao da média da população geral. Nos três índices globais, Lurdes encontra-se também abaixo dos pontos de corte que indicam a existência de uma perturbação emocional.

A aplicação da Escala de Depressão Geriátrica foi também simples. Tal como referido anteriormente, era esperado que apresentasse algum nível de depressão nos resultados. Porém, estes não foram muito elevados. É possível por isso que o internamento de Lurdes, incluindo a correta medicação, estivessem a ser eficazes na sua recuperação. Porém, é necessário também ter em conta o contexto de internamento, e a angústia referida por Lurdes devido à duração do mesmo. A desejabilidade social corresponde a uma das formas existentes de enviesamento de respostas, na qual a pessoa avaliada preenche escalas de atitudes, atribuindo a si mesma comportamentos ou atos que considera desejáveis a nível social, e rejeitando aqueles que considera que não serão bem aceites (Edwards; Crowne & Marlowe, 1960; Edwards, 1957; Marlowe & Crowne, 1961 citados por Almiro, 2017). Poderá ter ocorrido o efeito de desejabilidade social na aplicação destas escalas, devido a um receio de Lurdes de não apresentar melhorias no seu quadro clínico.

Já a aplicação do instrumento ACE-R envolveu um estudo prévio do mesmo, visto que a sua aplicação é mais complexa. Para além de fornecer uma correta instrução das tarefas, era também minha função a contagem do tempo e utilização de material extra (estímulos, e folhas de papel), sendo por isso necessária bastante organização da minha parte. Em relação aos resultados do ACE-R, foi possível constatar que o seu desempenho se encontra abaixo do esperado para a sua idade, e escolaridade, podendo colocar-se como hipótese um ligeiro declínio a nível cognitivo. Os piores resultados de Lurdes correspondem ao domínio da memória, o que vai de encontro aos défices normalmente causados por episódios maníacos com características psicóticas (memória e funções executivas). Apesar do seu desempenho a nível das funções executivas ter sido abaixo da média do grupo normativo, este domínio não aparenta estar tão afetado como a memória. Esta dificuldade a nível da memória poderá justificar a falta de algumas informações, e inconsistências por parte da mesma. Porém é também necessário considerar que Lurdes poderá desconhecer a sua patologia.

Lurdes atribui a sua vida como professora, ao seu quadro atual de “cansaço” (sic), e não aparenta ter conhecimento de que sofre com doença mental.

Lurdes obteve alta clínica antes que fosse possível iniciar um processo de acompanhamento psicológico. Este é um aspeto que lamento, pois após o processo de avaliação tive uma visão mais clara de aspetos que estariam a afetar a qualidade de vida de Lurdes.

Considero que seria benéfico para Lurdes uma intervenção que incluísse psicoeducação, de forma que a mesma compreendesse mais sobre a Perturbação Bipolar, e todas as complexidades que esta origina na vida da pessoa. Para além disso, de forma a melhorar a qualidade de vida de Lurdes seria também benéfico uma intervenção com o objetivo de diminuir os seus níveis de ansiedade. Visto que Lurdes apresenta já algum declínio a nível cognitivo, uma intervenção eficaz incluiria também estimulação cognitiva, com maior foco na memória.

9. Conclusão/Reflexão em Relação ao Estágio Curricular

O estágio curricular realizado na instituição correspondeu a um primeiro contacto com a psicologia clínica bastante enriquecedor, diversificado e dinâmico. Uma vez que foram realizadas atividades de grupo, acompanhamentos psicológicos, uma avaliação psicológica, reuniões comunitárias e de equipa, foi possível compreender as diferentes funções do psicólogo clínico em contexto de reabilitação psiquiátrica, e a complexidade de cada função. Para além da diversidade de atividades realizadas, as atividades de grupo requereram também trabalho extra, envolvendo muita organização, gestão de tempo e estruturação semanal. Todos estes componentes do estágio foram uma mais-valia para a preparação para o futuro profissional.

Pude observar diversas patologias diferentes e aprender bastante em relação às mesmas, o que foi também bastante enriquecedor. Ao longo do percurso de estudante, existe muito contacto teórico com as diferentes doenças mentais, no entanto, observar o comportamento de pessoas com essas perturbações ao longo do seu quotidiano no internamento permitiu que aprimorasse a minha capacidade de identificá-las, e a forma de me relacionar com as pessoas que vivem com as mesmas.

Um dos aspetos que mais contribuíram para a experiência positiva, e enriquecedora no local de estágio correspondeu à hospitalidade, que é um valor base da instituição. Foi possível constatar a existência de um ambiente de receção calorosa, e próxima, não só aos utentes, mas também a toda a equipa profissional. Esta hospitalidade reduzia, dentro do possível, um ambiente hospitalar, e individualista, havendo uma grande interação social. Apercebi-me de que um fator aparentemente simples que é a não utilização de bata, tornou possível que tivesse uma relação mais positiva com os utentes, aproximando-me dos mesmo e conquistando a sua confiança.

Ao longo dos acompanhamentos psicológicos realizados, compreendi como um clima terapêutico de não-julgamento, compreensão e cuidado incondicional ampara os utentes durante o internamento. Apesar do contexto de internamento visar a reabilitação de pessoa e melhorar a sua qualidade de vida, pode por vezes ser bastante frustrante. Os utentes mostravam-se frequentemente irrequietos e preocupados, pois ao mesmo tempo que se mostravam ansiosos por retornar à sua vida exterior, preocupavam-se com a sua readaptação, e obstáculos que iriam encontrar. Através das seis condições necessárias, e suficientes, que sempre tentei colocar em prática durante os acompanhamentos, foi possível mostrar aos utentes que estes seus sentimentos confusos eram compreendidos por alguém. Com isto, pude concluir que uma das

principais funções do psicólogo clínico, em contexto de reabilitação psiquiátrica, diz respeito a auxiliar a pessoa a gerir a angústia do contexto de internamento.

A abordagem utilizada no local de estágio sustentava-se em princípios diferentes da Abordagem Centrada na Pessoa, o que levou a que nas atividades de grupo, sempre tentasse articular a transmissão da informação com uma postura empática, e de não-julgamento, de forma a incluir os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa. Quando os utentes intervinham com questões da sua vida pessoal, estas não foram desvalorizadas por mim, mas sim aceites de forma incondicional, respondendo de forma empática.

Durante o estágio, existiu também um primeiro contacto com a avaliação psicológica. Apesar de ter realizado apenas uma avaliação psicológica, através das supervisões com o orientador do local de estágio e a outra colega estagiária, passei a ter conhecimento de vários instrumentos psicológicos existentes, e da aplicação dos mesmos.

A multidisciplinariedade, e união, foram sem dúvida aspetos que contribuíram para o processo de recuperação de todos os utentes, sempre tendo como ponto de partida as necessidades individuais, e o bem-estar de cada utente.

Um dos aspetos que não se desenvolveu como eu esperava, diz respeito à quantidade de casos de acompanhamento psicológico que tive. O acompanhamento psicológico durante o período de internamento é recomendado à pessoa, podendo esta recusá-lo. Para além disso, o acompanhamento psicológico era por vezes recomendado a utentes que não se encontravam orientados, e organizados a nível de pensamento para que houvesse intervenção. Frequentemente eram-me também atribuídos casos, nos quais a pessoa obtinha alta clínica antes que tivesse a oportunidade de contactar com ela. Estes aspetos em conjunto, levaram a que de oito casos que me foram atribuídos, apenas conseguisse intervir com três. Visto que os acompanhamentos psicológicos dizem respeito à atividade que considero mais interessante, e que mais me motivava, gostava de poder ter realizado um maior número de sessões de acompanhamento psicológico. No entanto, a diversidade das outras atividades não deixou que o processo de estágio curricular tivesse sido empobrecido.

Nas primeiras atividades de grupo realizadas, tive de gerir também as minhas inseguranças e ansiedade, obstáculo que considero ter ultrapassado com sucesso. Após a conclusão do estágio, falar em público tornou-se mais fácil, e considero que consigo fazê-lo de forma confiante.

De forma geral, uma das principais aprendizagens que levo do estágio curricular corresponde à não desvalorização das capacidades da população com doença mental. Transmitem informação aos utentes, mas frequentemente também aprendi com eles, com as suas

experiências e histórias de vida. Vários utentes mostravam-se envergonhados pelas suas condições, o que comprova que existe ainda preconceito contra a doença mental. Mas creio que através da psicoeducação vários utentes conseguiram compreender melhor tudo aquilo que vivenciam, e dessa forma sentir-se menos só, e excluído da sociedade.

Apesar de atualmente existir cada vez mais conhecimento em relação à doença mental, existe ainda muito por evoluir, sendo isto algo pelo qual todos os técnicos de saúde mental devem se esforçar. Desta forma poderá passar a ser possível que a sociedade deixe de olhar para o diagnóstico, e sim para a pessoa.

10. Referências

- Aldrigue, A. S. C., de Souza, F., & dos Santos, T. F. P. (2015). Deficiente intelectual e família: um estudo sobre o envelhecer. *Apae Ciência*, 5(2). <https://apaeciencia.org.br/index.php/revista/article/view/75>
- Ali, A., Blickwedel, J., & Hassiotis, A. (2014). Interventions for challenging behaviour in intellectual disability. *Advances in psychiatric treatment*, 20(3), 184-192. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011577>
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação psicológica*, 16(3), 0-0. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. pp 33-35; 38-40; 123-125; 130; 132-134; 137 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2023). *What is Intellectual Disability?* https://www.psychiatry.org/patients-families/intellectual-disability/what-is-intellectual-disability#section_2
- American Psychological Association. (2015). *Recognizing the signs of bipolar disorders*. <https://www.apa.org/topics/bipolar-disorder/recognizing>
- Amerio, A., Odone, A., Liapis, C. C., & Ghaemi, S. N. (2014). Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(5), 343-358. <https://doi.org/10.1111/acps.12250>
- Amerio, A., Tonna, M., Odone, A., Stubbs, B., & Ghaemi, S. N. (2016). Course of illness in comorbid bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 20, 12-14. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.01.009>

- Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48(6), 445-457. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00909-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00909-4)
- Annigeri, B., Raman, R., & Appaji, R. (2011). Obsessive compulsive disorder with bipolar mood disorder: A rare comorbidity in India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33(1), 83-85.
- Anthony, W. A. & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the Psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. pp 9; 11; 15-17;19;20.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Berk, L. (2011). *Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar*. Segmento Farma. p. 18; 46.
- Bora, E., Vahip, S., Akdeniz, F., Gonul, A. S., Eryavuz, A., Ogut, M., & Alkan, M. (2007). The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar disorders*, 9(5), 468-477. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00469.x>
- Bosaipo, N. B., Borges, V. F., & Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 50(1), 72-84. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isup1.p72-84>
- Branco, A. P. S. C., & Ciantelli, A. P. C. (2017). Interações familiares e Deficiência Intelectual: uma revisão de literatura. *Pensando famílias*, 21(2), 149-166. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200012&lng=pt&tlng=pt
- Branco, P. C. C. (2020). A Ideia da Consideração Positiva Incondicional como Epoché: Limites e Suspensão do Quê?. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(4), 1088-1107

- Brown, J. F. (2016). *The Emotion Regulation Skills System for Cognitively Challenged Clients: A DBT-Informed Approach*. The Guilford Press New York London. p. 2; 13-43.
- Caetano, N. C. D. S. P., & Mendes, E. G. (2013). A atuação do psicólogo com pessoas com deficiência intelectual. *VIII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*.
<http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT08-2013/AT08-017.pdf>
- Campos, R. T. O., Surjus, L. T. L. S. (2014). Interface between intellectual disability and mental health: hermeneutic review. *Revista de saúde pública*, 48, 532-540.
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004711>
- Canavarro, M. C. (2007). *Avaliação Psicológica Instrumentos Validados para a População Portuguesa Volume III*. Quarteto. p. 305-307;323-324.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 87-94.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100012>
- Carvalho, E. N. S. (2016). Deficiência intelectual: conhecer para intervir. *Pedagogia em Ação*, 8(2).
- Cassidy, F., Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 3(4), 181-188. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2001.30403.x>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Doença mental em adultos com deficiência mental: Prevalência e fatores associados. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35. [DOI:10.1192/bjp.bp.106.022483](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483)

- Costa, M., J. O., Correia, A. Y. F., do Nascimento Rolim, H. W., de Alencar Rocha, M. F., Tavares, P. A., & de Alencar, R. E. (2021). A relação entre a Deficiência Intelectual (DI) e o suicídio: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 112482-112496. [DOI:10.34117/bjdv7n12-165](https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-165)
- Costa, R. S. D., Santos, D. R. D., & Soares, M. R. Z. (2016). Intervenção psicológica em grupo para pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar: uma revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 9(2), 225-239. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.92.08>
- Cruz, T. (2019, março). Reabilitação psicossocial e recovery. *Hospitalidade*, nº 23, pp. 27-30.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Porque se fala em saúde mental?* <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Duffy, A., Carlson, G., Dubicka, B. & Hillegers, M., H., J. (2020) Pre-pubertal bipolar disorder: origins and current status of the controversy. *International Journal of Bipolar Disorders* 8, 18. <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00185-2>
- Early Psychosis Prevention & Intervention Centre. (2001). *Case management in early psychosis: a handbook*. Parkville, Vic. p. 1-3;5-6.
- Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 493-499. [doi:10.1192/bjp.bp.107.038729](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038729)
- Ferreira, C. F. D., & Espírito-Santo, H. O. (2018). *Validação da Escala de Depressão Geriátrica numa amostra de idosos institucionalizados da população portuguesa*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório.
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Del Gaudio, L., Luciano, M., & Del Vecchio, V. (2013). Efficacy of supportive family interventions in bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Psychopathology*, 19, 134-142.

- Fonseca, A. M. R. (2012). O Papel do Psicólogo na Reabilitação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1(1), 59-64.
<https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/16799>
- Fonseca, M. D. J. (2009). Carl Rogers: Uma Concepção Holística do Homem - da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno. *Millenium*, (36), 3.
- Fonseca, S., C., L. (2006). Olhando a perturbação bipolar. *O portal dos psicólogos*.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0270.pdf>
- Fontgalland, R. C., & Moreira, V. (2012). Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 23, 32-56.
- Fossi, L. B., & de Fátima Guareschi, N. M. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 29-43. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.7.4>
- Frank, E., Gonzalez, J. M., & Fagiolini, A. (2006). The importance of routine for preventing recurrence in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 981-985.
- Freeman, M. P., Freeman, S. A., & McElroy, S. L. (2002). The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of affective disorders*, 68(1), 1-23. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00299-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00299-8)
- Garcia, W. P. (2012). Apontamentos e reflexões sobre a sexualidade da pessoa com deficiência intelectual. *Psicologia argumento*, 30(68), 149-160.
- Garcia, W. P., & de Pereira, A. P. A. (2021). A pessoa com deficiência intelectual e a compreensão de sua existência. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 27(2), 179-187. [DOI 10.18065/2021v27n2.5](https://doi.org/10.18065/2021v27n2.5)

- Girardi, M., Portella, M. R., & Colussi, E. L. (2012). O envelhecimento em deficientes intelectuais. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.2799>
- Glat, R. (1999). Refletindo sobre o papel do psicólogo no atendimento ao deficiente mental: além do diagnóstico. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 1(1).
- Gómez, L. E., Navas, P., Verdugo, M. Á., & Tassé, M. J. (2021). *Empirically supported psychological treatments: The challenges of comorbid psychiatric and behavioral disorders in people with intellectual disability*. *World Journal of Psychiatry*, 11(11), 1039. DOI: [10.5498/wjp.v11.i11.1039](https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i11.1039)
- Gustafsson, C., Öjehagen, A., Hansson, L., Sandlund, M., Nyström, M., Glad, J., ... & Fredriksson, M. (2009). Effects of psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental health problems: A survey of systematic reviews. *Research on Social Work Practice*, 19(3), 281-290. DOI: <https://doi.org/10.1177/104973150832940>
- H. Firmino, M. R. Simões, S. Pinho, J. Cerejeira, & C. Martins (2018). Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista (2ª edição). *PsyAssessmentLab*.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. EDIUAL. p. 36-37; 147-162.
- Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *Revista Enfermagem UERJ*, 217-221. https://www.researchgate.net/publication/317459406_Reabilitacao_psicossocial_objetivos_principios_e_valores
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2020*. Lisboa : INE, 2022. <[url:https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156](https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156)>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0599-2

Jakubovski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., Fossaluzza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ... & Shavitt, R. G. (2012). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 30(8), 763-772. <https://doi.org/10.1002/da.22013>

Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1008-1027. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.004>

Kato, T. (2019). Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), 526-540. <https://doi.org/10.1111/pcn.12852>

Ke, X., & Liu, J. (2015). Deficiência intelectual. *IACAPAP e-Textbook of Child and adolescent mental health. (edição em Português; Dias Silva F, ed)*. Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession.

King, R., Lloyd, C., Meehan, T., Deane, F. P. & Kavanagh, D. J. (2012). *Manual of Psychosocial Rehabilitation*. Blackwell Publishing Ltd. pp 1-2; 44-46.

Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 98-104. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700014>

Koyuncu, A., Tükel, R., Özyıldırım, İ., Meteris, H. & Yazıcıb, O. (2010) Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 51(3):293–297 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.006>

LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 19(3), 163-173. <https://doi.org/10.1002/da.20009>

- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor, 116-120;122-123.
- Lee, K., Cascella, M., & Marwaha, R. (2019). Intellectual disability. *StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)*.
- Leite, F., M., M. (2022). A Deficiência Intelectual: História e estigmatização imposta às pessoas ao longo dos tempos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(1), 748-760. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i1.3866>
- Liberman, M. D. R. P. (2008). *Recovery from Disability*. American Psychiatric Publishing, Inc. p. 15-17;19;29;81-82;95-96;167-168.
- Lima, D. P., & de Carvalho, M. V. (2020). Treinamento em Habilidades Sociais: uma intervenção clínica. *Psicologia em Ênfase*, 70-86.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Handouts and Worksheets Second Edition*. The Guilford Press New York London.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual Second Edition*. The Guildford Press New York London. p. 3; 151-212;318-391.
- Lopes, T. S. (2011). *Experiências e narrativas de psiquiatras trabalhadores de serviços públicos de saúde mental sobre a prática de cuidado da esquizofrenia*. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório. <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2011.791211>
- Lóss, J., C., S., Cabral, H., B., Teixeira., F., L., F., Almeida, M., Z., T. (2019). *Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade*. Brasil Multicultural. p. 45-48; 50-51
- Lunsky, Y. (2008). The impact of stress and social support on the mental health of individuals with intellectual disabilities. *Salud Pública de México*, 50(S2), 151-153.
- Machado-Vieira, R., Santin, A., & Soares, J. C. (2004). O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 51-53. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000700012>

- Mahasuar, R., Janardhan Reddy, Y. C., & Math, S. B. (2011). Obsessive–compulsive disorder with and without bipolar disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 65(5), 423-433. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02247.x>
- Mânica, Giselle, & Tessmer, Liz. (2007). Terapeuta de referência: uma visão referenciada por profissionais da Saúde Mental. *Psicologia Hospitalar*, 5(2), 89-111. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000200007&lng=pt&tlng=pt.
- McManamy, J. (2006). *Living well with depression and bipolar disorder: What your doctor doesn't tell you... that you need to know (1ª edição)*. William Morrow Paperbacks.
- Meireles, L. P., & Cameirão, M. L. (2005). As perturbações afetivas: as perturbações bipolares. *O portal dos psicólogos*. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0034.pdf>
- Merrick, J., Merrick, E., Lunskey, Y., & Kandel, I. (2006). A review of suicidality in persons with intellectual disability. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(4), 258.
- Miklowitz, D. J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current directions in psychological science*, 16(4), 192-196.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408-1419. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040488>
- Miklowitz D., J. (2019). *The Bipolar Disorder Survival Guide What You and Your Family Need to Know*. The Guilford Press. p. 6-10; 16; 20-22; 35-39; 42;49; 154-160.
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry reports*, 22, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>

Moon, K. A., & Rice, B. (2012). The nondirective attitude in client-centered practice: A few questions. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(4), 289-303.

Nunes, C. E., & Pereira, D. A. (2016). A influência da atividade física regular na qualidade de vida de pessoas com deficiência intelectual leve. *Revista Diálogos e Perspetivas em Educação Especial*, 3(01). DOI: <https://doi.org/10.36311/2358-8845.2016.v3n1.05.p36>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *Regulamento da EFPA sobre o EuroPsy e Apêndices*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/europsy_regulamento.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Código Deontológico*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). *Guia para Implementação dos Serviços/Unidades/Núcleos de Psicologia no SNS*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/guia_para_implementacao_dos_servicos_unidades_ou_nucleos_de_psicologia_no_sns.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde*. Saúde mental: nova conceção, nova esperança. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid

Organização Mundial de Saúde. (2019). Transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico. *Classificação Internacional das Doenças (11ª edição)*. pp 2-3.

Pallanti, S., & Grassi, G. (2014). Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder comorbidity. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 15(17), 2543-2552. <https://doi.org/10.1517/14656566.2014.964208>

- Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., ... & Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 46(1), 15-23. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00075-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00075-X)
- Plante, D. T., & Winkelman, J. W. (2008). Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *American Journal of Psychiatry*, 165(7), 830-843. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08010077>
- Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Sedlackova, Z., Cerna, M., Mainerova, B., & Sandoval, A. (2013). Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Neuro Endocrinol Lett*, 34, 83-96.
- Quidé, Y., Tozzi, L., Corcoran, M., Cannon, D. M., & Dauvermann, M. R. (2020). The impact of childhood trauma on developing bipolar disorder: current understanding and ensuring continued progress. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3095-3115.
- Rantala, M. J., Luoto, S., Borráz-León, J. I., & Krams, I. (2021). Bipolar disorder: An evolutionary psychoneuroimmunological approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 122, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.031>
- Rasmus, P., Lipert, A., Pękala, K., Timler, M., Kozłowska, E., Robaczyńska, K., Sobów, T., Kozłowski, R., Marczak, M. & Timler, D. (2021). The influence of a psychosocial rehabilitation program in a community health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084319>
- Reinares, M., Sánchez-Moreno, J., & Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *Journal of affective disorders*, 156, 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.017>
- Reis, J. G., Araújo, S. M., & Glat, R. (2019). Autopercepção de pessoas com deficiência intelectual sobre deficiência, estigma e preconceito. *Revista Educação Especial*, 32, 1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X33882>

- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, vol.21 (2): 95-103.
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia Centrada no Cliente*. EDIUAL. p. 12. Obra original publicada em 1951.
- Sales, A. L. L. D. F., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29, 812-812. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400012>
- Santos, M. A. D., & Pereira-Martins, M. L. D. P. L. (2016). Estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças com deficiência intelectual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3233-3244. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.14462016>
- Schwartzman, J. S., & Lederman, V. R. G. (2017). Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. *Inclusão Social*, 10(2).
- Shalock, R., L., Luckasson, R., & Tassé, M., J. (2010). An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed). *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. DOI: <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439>
- Siqueira-Silva, R., Nunes, J. A., & Moraes, M.. (2013). Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal: Revista De Psicologia*, 25(3), 475–496. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300005>
- Tada, I. N. C., Bisconsin, C. F., Freitas, D. C. D., Passos, E. T., Nascimento, G. T., Castro, J. S., ... & Leite, L. F. (2012). Intervenção Psicológica com pessoas com deficiência em situação asilar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 744-753. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300017>
- Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M. V., & Gonçalves, P. (2009). Reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia: estudo de caso. *Psychologica*, (50), 97-139. https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_6

- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). The actualizing tendency concept in contemporaneous humanistical psychotherapists' clinical practice. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), 13.
- Timpano, K. R., Rubenstein, L. M., & Murphy, D. L. (2012). Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depression and anxiety*, 29(3), 226-233. <https://doi.org/10.1002/da.20908>
- Toldrá, R. C., De Marque, C. B., & Brunello, M. I. B. (2010). Desafios para a inclusão no mercado de trabalho de pessoas com deficiência intelectual: experiências em construção. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(2), 158-165. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p158-165>
- Trindade, R. (2019). Perturbação Bipolar de início tardio - a propósito de um caso clínico. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 26(1).
- Vereenooghe, L., & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4085-4102. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.030>
- Vita, A. & Barlati, S. (2019). The Implementation of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation: Challenges and Opportunities for Mental Health Services. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (147). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00147>
- Waisberg, A., D., Veronez, F., S., Tavano, L., A., & Pimentel, M., C. (2008). A atuação do psicólogo na unidade de internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 52-65. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100005&lng=pt&tlng=pt
- Wyatt, G. (2001). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice*. *Contact and Perception*. PCCS. (1), 116; 12.