

UNIVERSIDADE  
AUTÓNOMA  
DE LISBOA



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

**A PSICOLOGIA CLÍNICA NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

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

Autora: Cátia Cordeiro Simões Raposo

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da candidata: 30003532

**Julho de 2020**

**Lisboa**

## **Agradecimentos**

Grata em primeiro lugar às casualidades e sincronicidades da vida que me permitiram renascer. Agradeço também a todas as pessoas que me estão na minha vida e que permitiram direta ou indiretamente, do passado e do presente, que este percurso na universidade se realizasse mais uma vez na minha vida, para estudar aquilo que sempre quis e me interessou estudar e aprofundar, a mente, as emoções e os comportamentos do Ser Humano.

Agradeço às minhas amigas pelo apoio e motivação que me deram e à minha família (sobretudo Luca e Eli). Grata Marco pelas várias aprendizagens, apoio e ajuda. Grata Pedro por todo o apoio inicial e a motivação e a crença de que eu sou capaz.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha licenciatura, aos professores do mestrado, à Prof.<sup>a</sup> Doutora Rute Brites, sempre profissional que me ajudou na orientação do relatório e ao Dr. Filipe Bernardo, o supervisor da instituição.

Agradeço também aos utentes da instituição que me permitiram fazer um estágio de aprendizagens ricas e importantes.

Grata a todas/os pessoas que se cruzam/cruzaram no meu caminho, aguçando a minha curiosidade em todos os sentidos, fazendo-me questionar e querer saber mais, grata à natureza e ao universo!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana”

Carl G. Jung

## **Resumo**

A esquizofrenia é uma das doenças mentais com maior gravidade, estando associada a um potencial elevado grau de incapacidade para o indivíduo e, conseqüentemente, a internamentos e posteriores processos de reabilitação psiquiátrica. Reabilitar significa recuperar habilidades ou competências perdidas ou que estão reduzidas, geralmente em contexto de uma intervenção multidisciplinar e na qual o psicólogo clínico tem um papel primordial, tanto terapêutico como preventivo. Segundo os estudos, cada vez mais o foco é no indivíduo e menos na doença, mais nas suas capacidades e menos nas dificuldades.

O psicólogo surge como alguém que atua e intervém com o utente da clínica em contexto de acompanhamento psicológico, organizando dinâmicas de grupo que ajudam a trabalhar competências necessárias para que este se insira na comunidade e transmitindo informação clara e objetiva sobre tudo o que está relacionado com a sua doença.

Neste relatório será descrito um processo de estágio curricular, em contexto de reabilitação psiquiátrica.

Palavras-chave: reabilitação; esquizofrenia; terapeuta de referência.

## **Abstract**

Schizophrenia is one of the most severe mental illnesses, associated with a potentially high degree of disability for the individual and, consequently, with hospitalizations and subsequent psychiatric rehabilitation processes. Rehabilitating means recovering lost or reduced skills or competences, usually in the context of a multidisciplinary intervention and in which the clinical psychologist has a primary role, both therapeutic and preventive. According to studies, the focus is increasingly on the individual and less on the disease, more on their abilities, and less on difficulties.

The psychologist emerges as someone who acts and intervenes with the clinical user in the context of psychological monitoring, organizing group dynamics that help to work the necessary skills for him to be part of the community and transmitting clear and objective information about everything related to their illness.

This report will describe a curricular internship process in the context of psychiatric rehabilitation.

Keywords: rehabilitation; schizophrenia; referral therapist.

# Índice

Agradecimentos .....	1
Resumo .....	2
Abstract .....	3
Índice .....	4
Introdução .....	6
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1.    Psicologia Clínica, Saúde e Reabilitação .....	10
1.1. a esquizofrenia. ....	13
1.2. a reabilitação psiquiátrica. ....	17
1.3. a reabilitação como um caminho para a recuperação.....	19
2.    O Papel do Psicólogo na Reabilitação Psiquiátrica.....	35
2.1. o modelo de intervenção. ....	37
2.2. o modelo do terapeuta de referência.....	42
II PARTE – OBJETIVOS E ATIVIDADES NO ÂMBITO DO ESTÁGIO ACADÉMICO .....	44
3.    Objetivos.....	45
3.1. objetivos gerais.....	45
3.2. objetivos específicos. ....	45
3.3. Atividades do estágio .....	46
3.4. Hospital de Dia .....	47
3.5. Dinâmicas de Grupo: Psicoeducação, Treino de Aptidões Sociais e Terapia Metacognitiva. ....	48
3.6. Discussão das atividades .....	52
3.7. Apresentação do Caso Clínico .....	55
4.    Discussão.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
4.1 Discussão das Consultas .....	62
4.2. Discussão Clínica do Caso Apresentado .....	63
Conclusão .....	66
Referências Bibliográficas .....	68



## **Introdução**

O presente relatório de estágio enquadra-se no âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. Tem como objetivo descrever o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio académico, assim como apresentar o resultado de um trabalho de pesquisa teórica sobre os conceitos mais pertinentes relacionados com este estágio.

O estágio decorreu no serviço Hospital de dia de uma clínica psiquiátrica na área da grande Lisboa (enquanto o serviço existia). Após a sua extinção decorreu noutros serviços da clínica.

O hospital de dia tinha como objetivo a reabilitação de pessoas que sofrem de doenças mentais, estando implementado um programa estruturado que incluía não só as consultas de psicologia, mas também dinâmicas de grupo e o Modelo do Terapeuta de Referência. Servia os utentes que estavam internados de forma voluntária ou em ambulatório e que necessitavam de reabilitação, tendo em conta a sua inserção familiar, social e profissional, quando adequada. Esta prestação de serviços decorria em duas fases, na fase de remissão do período pós-agudo da doença mental ou no período sub-agudo da doença.

Pretendia-se assim a prevenção de recaídas, dotando os utentes com estratégias para as reconhecer de forma precoce. Muito importante é a preservação da inserção sociofamiliar, tendo presente a redução de problemas. Procurava-se assegurar uma intervenção terapêutica que fosse global, precoce e individualizada perante o evoluir dos sintomas da crise e também a promoção do desenvolvimento ou restauração das capacidades individuais, pertinentes para a autonomia do mesmo (site da instituição).

O estágio pretende ser uma forma de aprimorar conhecimentos, bem como conhecer a prática clínica para, após um período de observação que durou cerca de um mês, poder praticar atos psicológicos. Sendo a área de dia destinada a utentes de âmbito psiquiátrico que tenham critérios para serem integrados em programas de reabilitação psicossocial, com o objetivo de inserção profissional e sócio/familiar, pretendia-se o desenvolvimento de competências interpessoais no sentido da autonomia.

Este programa tinha uma abordagem interdisciplinar que integrava vários profissionais como: psicólogos, médicos psiquiatras e de clínica geral, enfermeiros, terapia ocupacional, assistente social, técnico de psicomotricidade e outros.

Para os utentes que não possuíam critérios para este programa, existiam ateliers ocupacionais, atividades de lazer e serviços sócio-terapêuticos.

Os psicólogos do hospital de dia facilitavam atividades como as reuniões da manhã com cada utente, o grupo psicoeducativo, o treino de aptidões sociais, o treino cognitivo, a terapia metacognitiva, o grupo terapêutico, a preparação do fim de semana, as reuniões com a família e consultas externas.

Além das consultas individuais, os psicólogos desempenhavam também a função de terapeuta de referência dos utentes (sendo atribuído um conjunto de utentes a cada psicólogo). Havia ainda o treino de atividades da vida diária (AVDIs), como pintar ou planear e ir comprar o almoço, com o grupo a cargo da terapia ocupacional.

Dado o âmbito de atuação da instituição onde realizámos o estágio, é importante desde já compreender e situar a problemática da doença mental em Portugal, um país com uma população de 10.276.000 habitantes (INE, 2018).

O “Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016” tinha como objetivo contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde mental em Portugal, de forma generalizada. O plano revelou as inúmeras fragilidades existentes em serviços como os oferecidos pelos hospitais psiquiátricos. Estes serviços deveriam ter como base a comunidade, minimizando as dificuldades no acesso a consultas de especialidade, a baixa qualidade dos serviços mínimos e os problemas de igualdade, entre outros.

Em 10 anos não houve, de facto, melhorias significativas em consequência deste tão esperado plano. Em 2007 o Ministro da Saúde dizia que apesar de termos - na altura - mais recursos e avanços científicos para podermos tratar problemas de saúde mental e preveni-los, Portugal estava aquém de poder oferecer cuidados essenciais de saúde mental a toda a população. É uma realidade que ainda se mantém e está bem documentada através de relatórios e avaliações, deixando perceber a crise que se mantém na saúde mental. (Palha & Palha, 2018).

A saúde mental encontra-se na base do bem-estar e está na capacidade de ser resiliente perante as adversidades, enfrentar obstáculos, estar interessado e envolvido nas questões sociais, a promoção da paz e estabilidade da comunidade. É ela que permite aos indivíduos sentirem-se realizados ao nível intelectual e emocional, mas também estarem bem integrados no trabalho, na escola e na sociedade (Palha & Palha, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, cerca de 22.9% da população portuguesa sofre de uma perturbação psiquiátrica. Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de doenças psiquiátricas, das quais as perturbações de ansiedade (16.5%) têm uma maior prevalência, seguidas das de humor (7.9%). As perturbações mentais e do comportamento representam 11.8% da carga global das doenças em Portugal, sendo apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13.7%) (SPPSM).



O trabalho desenvolvido na instituição de estágio, no âmbito da saúde mental, pretende ser uma oferta completa e diversificada ao nível dos serviços disponibilizados na área da saúde mental. A sua oferta é bastante pertinente, uma vez que os utentes apresentam sintomatologia característica das psicopatologias mais graves e recorrentes. O estágio em si permite um contacto com essa realidade, facilitando uma melhor compreensão e conhecimento do utente que vive com a doença, a forma como se expressa e o seu comportamento.

Este relatório está organizado em duas partes, sendo a primeira parte referente ao enquadramento teórico, onde são aprofundados os temas da psicologia clínica, da esquizofrenia, da reabilitação psiquiátrica (no geral e especificamente no âmbito da esquizofrenia), do modelo de intervenção, a fundamentação científica das metodologias de intervenção utilizadas nas dinâmicas de grupo e o modelo do terapeuta de referência.

A segunda parte descreve o trabalho realizado no estágio, os objetivos gerais e específicos, as atividades, dinâmicas de grupo, a aplicação da escala, a discussão das atividades, o trabalho clínico, a discussão das consultas e do do caso clínico apresentado e conclusão.

## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## **1. Psicologia Clínica, Saúde e Reabilitação**

O termo “clínico” faz parte do vocabulário da Medicina e associa-se às atividades do médico que, examinando a forma como a doença se manifesta, faz um diagnóstico, um prognóstico e prescreve um tratamento. Para isso, o médico utiliza a observação e a entrevista. Estes procedimentos são muito similares à forma de trabalhar do psicólogo, daí a apropriação do termo “clínico” pela Psicologia. (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

Sigmund Freud trouxe-nos algumas inovações ao nível da intervenção psicológica, ao começar a dar mais importância à escuta do sofrimento que os/as seus/suas clientes traziam do que à sua própria visão, propondo como método de intervenção a psicoterapia. Este refere a importância da psicoterapia já utilizada na medicina antiga e enfatiza o fato dos médicos fazerem uso deste recurso através da sugestão da melhoria, destacando a confiança do cliente no profissional. Freud refere que não é o medicamento que cura as doenças mas sim o médico, através da sua “personalidade”, que possui uma influência psíquica. Freud trouxe várias mudanças à forma de conceber a doença, entre elas, a importância da resistência, a mudança do paradigma da observação para a escuta, a preponderância de tratar o cliente não como um objeto, mas sim um sujeito da sua história de adoecimento, a psicoterapia como espaço de segredo e, claro, a Psicanálise. (Moreira, et al, 2007).

O termo Psicologia Clínica foi utilizado pela primeira vez por Lightner Witmer, um psicólogo, que cunhou este nome a partir do seu trabalho individual. Em 1917 vários psicólogos fundaram a Associação Americana de Psicologia Clínica, fundindo-se em 1919 com a Associação Psicológica Americana (APA).

A Psicologia Clínica dedica-se ao estudo das perturbações mentais e envolve o diagnóstico, a compreensão da etiologia da doença, a epidemiologia (isto é o estudo quantitativo da distribuição das doenças e os seus fatores na população) e a intervenção. Os seus objetivos são avaliar, prevenir, diagnosticar e intervir junto dos indivíduos ou em grupo, nas comunidades como a escola, o trabalho ou nos lares tanto no sentido de fortalecer e promover a saúde mental (Brito, 2008).

No âmbito da Psicologia Clínica existem subáreas que importa, no âmbito deste relatório, dar a conhecer, para uma compreensão mais aprofundada da relação entre a saúde, a psicologia e a reabilitação. Falamos de Psicologia da Saúde e Psicologia da Reabilitação (Teixeira & Leal, 1990).

A Psicologia da Saúde foi definida por Matarazzo em 1980 como a área da psicologia dentro do domínio da saúde e medicinas comportamentais, referindo-se à intervenção psicológica neste meio. Dentro do contexto da psicologia da saúde encontramos a integração de quatro níveis de prevenção, a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária (Teixeira & Leal, 1990).

A prevenção primária pretende o evitamento ou a eliminação de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco através de um conjunto de atividades e com isso reduzir a incidência da doença controlando os fatores de risco ou diminuir o risco médio da população. A prevenção secundária visa detetar um problema de saúde num indivíduo ou população numa fase precoce para limitar a sua progressão. (Jamouille, 2000). A prevenção terciária tem como objetivo reduzir os custos económicos e sociais associados à doença através de reabilitação e reintegração dos indivíduos bem como potenciar a capacidade funcional dos mesmos. Pressupõe o controlo e tratamento das doenças crónicas (Almeida, 2005, Alwan, 1997, Fowler e Gray, 1983). A prevenção quaternária pretende evitar ou atenuar o excesso de intervenção médica relacionado com atos médicos injustificados ou mesmo desnecessários, ao mesmo tempo que oferece aos pacientes informação para que estes possam decidir por si, conhecendo as vantagens e desvantagens dos métodos diagnósticos ou terapêuticos oferecidos (Gérvás & Fernández, 2003, citados por Almeida, 2005).

Na psicologia da saúde entrecruzam-se o discurso e o conhecimento médico com o discurso e conhecimento psicológico, cada um com uma identidade e autonomia próprias (Teixeira & Leal, 1990).

Esta tem como áreas de interesse, a abordagem psicológica de promoção e prevenção de saúde no que se refere a determinantes das mudanças de estilos de vida relacionados com a saúde (Weinman, 1981 citado por Teixeira & Leal, 1990), estudos de aspetos psicológicos associados ao stresse, obesidade, diabetes, asma, entre várias outras.

Ainda segundo os mesmos autores acima citados, a psicologia da saúde pode ser vista como uma subespecialidade da psicologia clínica que intervém no domínio da saúde e da doença. Esta contribui com o seu saber para a promoção da saúde, prevenção da doença, no processo de adoecer, no estar-doente, e na recuperação/reabilitação que pode conduzir a uma reintegração familiar e comunitária. Para esta não é o facto de o indivíduo ter determinada doença que é realmente importante, mas sim os motivos e a forma como vive isso.

A intervenção na psicologia da saúde inclui a prevenção, a avaliação, o tratamento e reabilitação de disfunções psicológicas; aconselhamento e troca de informações com outros técnicos de saúde; prevenção e tratamento de condutas desajustadas relacionadas com doenças

físicas; aconselhamento às famílias dos pacientes; facilitação da comunicação entre paciente e médicos; participação ativa em programas de reabilitação; investigação nas áreas de intervenção; estudo e implementação da modificação de comportamentos e estilos de vida com o objetivo de manter saúde e prevenir doenças. (Teixeira & Leal, 1990, pp.453-458).

Outro ramo da psicologia clínica que nos importa compreender é a psicologia da reabilitação. A reabilitação é um processo não só de aprendizagem, mas também de desenvolvimento em que se pretende aprimorar competências e potenciar as capacidades já existentes tanto ao nível físico, mental e social. Para tal é necessário existir cooperação e multidisciplinaridade entre a equipa de clínicos em que as várias especialidades colaboram com o seu saber (Araujo, 2007).

A reabilitação assenta em quatro conceitos básicos, a intervenção centrada no paciente, destaque no processo (interação, negociação, comunicação, educação e troca de informação), ter como modelo de base um modelo que integra aspetos de autocuidado, produtividade, recreação e socialização e responsabilização por parte do paciente na resolução de problemas e estabelecimento de planos (Hammel, 1995 citado por Araujo, 2007).

Araujo, 2007, refere que em 1956 a APA criou uma divisão voltada para questões relacionadas com a Psicologia da Reabilitação. Nesta, importa explicar as três abordagens principais da Psicologia da Saúde que refletem as tendências desta subárea:

- a) Clínica: relacionada com o sistema de saúde, hospitais, centros de saúde e clínicas e dirigida a pacientes com doenças crónicas;
- b) Pública: ações que têm como objetivo melhorar a saúde da população, o foco é sobretudo na prevenção, grupos vulneráveis e de risco;
- c) Comunitária: tem como público alvo essencialmente famílias e comunidades, pretendendo a emancipação das mesmas e a mudança social.

Uma dimensão importante dentro da reabilitação psicossocial é o acompanhamento terapêutico que pretende aumentar o grau de autonomia do paciente, o seu funcionamento psicossocial e a integração comunitária dos mesmos. Os acompanhamentos terapêuticos, juntamente com a reabilitação psicossocial, visam ampliar as várias possibilidades de integração social e sentimento de pertença à comunidade, circulação na cidade e estruturação do seu quotidiano (Gruska & Dimenstein, 2015).

Dentro da psicologia clínica e das várias psicopatologias de que esta se ocupa, está a esquizofrenia que é a que pretendo compreender mais aprofundadamente sendo o próximo capítulo dedicado a esse tema.

### **1.1. a esquizofrenia.**

Historicamente, a origem da esquizofrenia remonta à Antiguidade, tendo sido encarada como uma forma de loucura até ao século XVIII. No séc. XVIII a forma como se tratavam os doentes mentais mudou. O responsável foi Philippe Pinel, que fez uma descrição integrada da esquizofrenia utilizando a ideia de perda da mente para descrever o declínio cognitivo. Defendeu a importância de técnicas psicoterapêuticas, o aumento de asilos e reforçou a psiquiatria como uma área médica.

Em 1860, o psiquiatra Morel publicou uma obra em que introduziu o conceito de demência precoce para denominar os pacientes que sofriam uma disfunção mental grave e rápida após o início da doença. No final do século XIX, ao mesmo tempo que o interesse pelas doenças mentais crescia, a psiquiatria europeia foi dominada pela ideia da “pessoa fragmentada”. Wilhem Griesinger concebeu a ideia de psicose unitária, a existência de apenas uma doença mental, mas com várias manifestações, evoluindo de forma progressiva por estádios, em cada indivíduo (Oliveira, 2010).

Para Kraepelin, o criador da psiquiatria moderna, todos estes casos se tratavam de uma demência precoce, pois começavam no início da vida e conduziam a problemas psíquicos. Este distinguiu a demência precoce da perturbação maníaco-depressivo e da paranoia, baseando-se nos critérios com relação aos sintomas e curso. Diferenciou três formas da perturbação: hebefrénica (uma forma mais simples), catatónica e paranoide (que incluía ideias delirantes emaranhadas). Mais tarde este desenvolveu uma definição de esquizofrenia que foi aceite mundialmente (Silva, 2006).

Karl Kahlbaum defendeu a existência de diferentes perturbações e a importância de se distinguirem umas das outras, uma vez que não tinham a mesma etiologia e a evolução e curso poderiam ser diferentes entre si. Desta forma, o conceito de doença nasceu, isto é, uma correlação direta entre patologia cerebral, curso, sintomatologia e etiologia. como uma forma de não só definir as diferentes perturbações, mas também de as classificar (Oliveira, 2010).

O termo esquizofrenia vem das palavras gregas “*skhizein*” que significa separar, dividir e “*phrên*”, que quer dizer pensamento. Foi Bleuler que, em 1906, cunhou este termo, considerando que a principal característica desta doença era a dissociação (Sterian, 2001).

Para Bleuler, os indivíduos com esquizofrenia eram de alguma forma afetados por um afrouxar de associações, autismo e ambivalência, os três As, isto é, os sinais primários da dissociação esquizofrénica. Este termo permitiu ampliar o número de diagnósticos de esquizofrenia (Ey et al 1981, citados por Sterian, 2001).

Podemos definir esquizofrenia como uma perturbação mental crónica idiopática grave que implica anomalias nos domínios emocional, comportamental e mental. Existem diversas teorias que procuram explicar as causas da esquizofrenia, sabendo-se que é uma perturbação de origem multifatorial em que os fatores genéticos e ambientais contribuem para o desenvolvimento da doença (Silva, 2006).

Segundo Silva (2006), a teoria genética refere que ter um familiar com esquizofrenia é um fator de risco significativo para que esta se desenvolva. A teoria neuroquímica afirma que além do sistema dopaminérgico existem outros sistemas de neurotransmissores centrais que também têm um papel importante. A hipótese dopaminérgica baseia-se na observação de que certas drogas estimulam a neurotransmissão de dopamina. Por exemplo, a anfetamina, quando usada de forma repetida e em grandes doses, pode causar uma psicose tóxica semelhante a uma esquizofrenia paranoide. O efeito antipsicótico de drogas com haloperidol e clopromazina bloqueia a atividade dopaminérgica.

A esquizofrenia como distúrbio do neurodesenvolvimento é uma outra possível explicação. Eventos que acontecem durante a vida intra-uterina e complicações durante o parto que afetem o desenvolvimento cerebral estão relacionados com a esquizofrenia (Akil & Weinberg, 2000 citados por Silva, 2006).

Alguns teóricos defendem que fatores socioculturais como a pobreza, a desarmonia cultural, a industrialização e urbanização estão envolvidos na etiologia da esquizofrenia. Hoje em dia, considera-se que estes stressores psicossociais exercem os seus efeitos principais no início e no grau de severidade da doença (Kaplan, Sadock & Greb, 1997 citados por Silva, 2002; Moller & Murphy, 2001).

Segundo o DSM-V (American Psychological Association [APA], 2014), as perturbações do espectro da esquizofrenia incluem, além da esquizofrenia, a perturbação delirante, a perturbação esquizoafetiva, a perturbação esquizofreniforme, a esquizotípica e a psicótica breve. Estas caracterizam-se por anomalias num ou mais dos cinco domínios como delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor anormal ou desorganizado (inclui catatonia) e sintomas negativos. Os sintomas negativos são tidos como deficitários como volição ou embotamento afetivo, apatia, pobreza de pensamento e anedonia e os sintomas positivos são a distorção do funcionamento normal ou excesso tidos como delírios ou alucinações, fuga de ideias, incoerência, agitação, catatonia acompanhados de episódio psicótico agudo.

A esquizofrenia afeta várias áreas - afetiva, cognitiva, psíquica, social, interpessoal - da vida dos indivíduos. Estes apresentam um pensamento desorganizado e fragmentado, com

dificuldade em fazer associações lógicas e uma forma de se expressar repetitiva e incoerente. Tem como principais características alucinações auditivas, visuais, olfativas e/ou tácteis, perceptivas e também alterações de carácter motor, destacando-se os movimentos estereotipados sem propósito, agitações e catatonia (perturbação na atividade psicomotora que desencadeia uma agitação reduzida ou excessiva). É comum o indivíduo “perder” a identidade pessoal e ter dificuldade em estabelecer relações pessoais, o que contribui para o isolamento, tanto afetivo como social (Silva, 2002).

Segundo os critérios de diagnóstico do DSM-V (APA, 2014) é necessária a presença de, pelo menos, dois ou mais dos seguintes sintomas, durante o período de um mês (ou menos se tratado com sucesso). Pelo menos um destes sintomas deve ser (1), (2) ou (3). São eles: 1. Delírios, 2. Alucinações, 3. Discurso desorganizado, 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico, 5. Sintomas negativos (por exemplo diminuição da expressão emocional ou volição, isto é, incapacidade de iniciar e permanecer em atividades dirigidas a um determinado objetivo, falta de vontade) (Rosa, 2018).

A esquizofrenia é uma das mais graves perturbações mentais, encontrando-se entre os 10 principais motivos de sobrecarga social a longo prazo. Apresenta uma taxa de prevalência na população mundial até cerca de 1%. Estes indivíduos necessitam de uma maior atenção psiquiátrica a longo termo, ocupam 25% das camas psiquiátricas e representam cerca de 50% dos internamentos em clínicas psiquiátricas (Muese & McGuek, 2004, citados por Carvalho, 2012).

O diagnóstico de esquizofrenia é o responsável pelo aumento do número médio de dias de internamento nos serviços de Psiquiatria (Departamentos e Serviços de Psiquiatria), com uma média de 35 dias no internamento geral de Psiquiatria e a esquizofrenia foi a principal causa de procura de cuidados (36.5%) e nas consultas externas foi o terceiro motivo de procura de consulta médica, com 12.4% (DGS, 2004 citado por Carvalho, 2012).

Cerca de 64.4% dos indivíduos portugueses com esquizofrenia vivem dependentes da sua família e, comparativamente à Europa, estão entre os mais dependentes. Com relação ao tratamento na esquizofrenia, a evolução da medicação - nomeadamente os antipsicóticos – utilizada em casos de esquizofrenia, fez o número de pacientes internados diminuir significativamente, “devolvendo-os” à sociedade para se integrarem, em termo profissionais e sociais. A farmacoterapia antipsicótica deve estar incluída no tratamento destes doentes, juntamente com uma abordagem mais ampla, onde se encontra também a psicoterapia.

O tratamento psicoterapêutico deve ser tido em conta e fazer parte do processo de, por um lado, melhorar os sintomas e prevenir recaídas e, por outro, evitar a institucionalização. Nos



momentos de crise os doentes podem submeter-se a um internamento, como medida protetora (Shirakawa, 2000).

Segundo Bruscatto (1998, citado por Shirakawa, 2000), os principais objetivos da psicoterapia são manter o contacto com a realidade; restaurar a capacidade do autocuidado; manter o máximo de autonomia promovendo ajustamento pessoal, psicológico e social possível; diminuir o isolamento; reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida; ajudar a ganhar consciência acerca da realidade das suas limitações mas também dos seus recursos, ajudando a descobrir e realizar o seu potencial e também ajudar na aceitação das suas limitações; aumentar as suas defesas perante situações de stress através de recursos que possam estar impedidos pela psicose e encontrar formas alternativas de resolução de problemas; recuperar e favorecer a autoestima, autoimagem e autoconfiança possibilitando um progresso contínuo e promover a independência, o autocuidado na higiene e capacitar o indivíduo para as atividades da vida diária.

A psicoterapia pode ser individual ou em grupo. Quando é individual deve ter como prioridade o apoio, uma vez que são indivíduos que apresentam dificuldades específicas e que precisam de suporte para os capacitar de melhoria na qualidade de vida. Não são recomendadas terapias ao longo dos anos, com várias sessões semanais e baseada em interpretações (Shirakawa, 2000).

Segundo o mesmo autor, quando a psicoterapia é em grupo, o terapeuta deve procurar ser ativo e monitorizar o ambiente do grupo procurando temas, estimular e organizar a conversação, oferecer suporte e proteção, favorecer a coesão grupal.

A APA apresenta os passos para a gestão clínica do tratamento de pacientes com esquizofrenia, sendo eles:

estabelecer e manter uma aliança terapêutica; monitorizar e acompanhar o paciente prestando atenção aos sintomas precoces de recaída; promover educação acerca da esquizofrenia e o seu tratamento; determinar a necessidade de medicação e intervenções psicossociais e elaborar um plano de tratamento; reforço da adesão ao tratamento; o incentivo da compreensão e adaptação psicossocial; ajudar no reconhecimento precoce das recaídas, promover mudanças no tratamento e identificar fatores que precipitam ou mantêm surtos; colocar esforços no sentido de aliviar o stress familiar e melhorar o seu funcionamento; facilitar o acesso do paciente aos vários serviços necessários relacionados com a saúde mental, lazer, etc (Associação Americana de Psicologia, 1997).

Apesar de inúmeros estudos e avanços sobre a esquizofrenia ainda há muito para descobrir. No entanto, importa compreender que o estigma continua presente e é um inibidor do pedido de ajuda externa dificultando ou atrasando o início do tratamento (Carvalho, 2012).

### **1.2. a reabilitação psiquiátrica.**

Uma vez que a psicologia clínica tem uma área de atuação muito grande, ao longo do tempo foram surgindo conceitos específicos para diferenciar diferentes ações, desde a intervenção psicológica à psicologia da reabilitação, ou seja, a área da psicologia direcionada para o acompanhamento psicológico e a reinserção do utente na sua vida quotidiana após um tratamento prolongado (Ex: internamento).

O termo “Reabilitação” deriva do latim *habilitare* e significa tornar apto, preparar, adquirir habilitações. Desta forma, habilitar significa adquirir novamente uma habilidade reduzida ou perdida (Canal & Cruz, 2013). Os termos reabilitação psiquiátrica e reabilitação psicossocial são usados como sinónimos e referem-se à mesma prática (Pratt et al, 1999, citados por Hirdes & Kantorski, 2004).

Neste âmbito importa clarificar as diferenças entre termos como tratamento e reabilitação; ambos são procedimentos que podem ocorrer em sequência ou ao mesmo tempo, complementares e sobrepostos um ao outro. Tanto um como o outro incluem técnicas que são realizadas no mesmo programa ou em programas separados da mesma instituição. Esta distinção é sobretudo valorosa uma vez que contribui para a distinção dos indivíduos com problemas psiquiátricos. O objetivo da reabilitação é promover no indivíduo o funcionamento e a satisfação em contextos específicos. O tratamento pretende reduzir os sintomas da doença, a cura ou desenvolver no outro a capacidade de *insight*. Na reabilitação, o diagnóstico pretende identificar aquelas que são as competências presentes e necessárias e o suporte que existe no ambiente; o tratamento, por sua vez, identifica os sintomas e as causas possíveis; a intervenção na reabilitação baseia-se no diagnóstico feito e envolve o desenvolvimento de competências e aumento do suporte, no tratamento a intervenção é baseada em psicoterapia e farmacoterapia (Anthony, Cohen & Farkas, 1992).

Segundo Hirdes e Kantorki (2004), a reabilitação psicossocial é um processo que ajuda os indivíduos que têm deficiência, são prejudicados ou possuem dificuldades devido a perturbação mental, a terem uma oportunidade e conseguirem alcançar um nível ótimo de funcionamento. Para isto é necessário que os indivíduos e profissionais trabalhem juntos para aprimorar competências e introduzir mudanças ambientais, de forma a que as suas vidas tenham mais qualidade. Tal inclui formas de organizar serviços, tratamento e intervenção compreensiva

com os indivíduos, tratamentos, aumentar as capacidades e reduzir tensões para evitar a recaída e estes possam participar socialmente. Desta forma, contribui também para uma redução do estigma, para a promoção da igualdade, da organização familiar e do suporte.

Hirdes e Kantorki (2004) referem ainda que, na última década, tem sido crescente o interesse pela reabilitação, por três motivos principais: a diminuição de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, o reconhecimento dos direitos dos doentes mentais pelos próprios, pelos familiares, técnicos e políticos e a evolução dos conhecimentos no âmbito da psiquiatria, a par com a ciência/farmacologia e também das próprias doenças.

No ano de 2006, foi criada em Portugal a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental que deu origem à publicação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que pretendia, essencialmente, a descentralização dos serviços de saúde mental para uma maior participação das comunidades, utentes e famílias. Este plano tem como objetivos:

1. Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
2. Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
3. Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
4. Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
5. Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização (Martins, 2015).

Desta forma pretende-se a integração do utente com doença mental na sua família e na comunidade promovendo a reabilitação psicossocial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu dois objetivos principais da reabilitação psicossocial, os quais deverão ser alcançados pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde: 1) a emancipação das pessoas com doença mental, a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; 2) o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo).

Nas últimas décadas muitas têm sido as mudanças na área da saúde mental e na forma de intervir junto dos pacientes. A reabilitação psicossocial é reconhecida pela sua importância ao promover a melhoria da qualidade de vida de quem sofre de doença mental. O estudo de Marques e Queirós (2005) pretendeu caracterizar as respostas de reabilitação de pessoas com

doença mental através do levantamento do enquadramento geográfico e institucional, recursos disponíveis e o tipo de procura. Os utentes referiram que o que mais contribuía para responder às suas necessidades eram os cuidados de saúde mental, o acesso mais facilitado à medicação, suprimento de necessidades como alimentação, transporte, habitação e apoio familiar realizadas. Os aspetos que mais dificultavam a sua autodeterminação eram os rendimentos económicos baixos com opção de pessoas e local com quem viviam e a escolha do tipo de tratamento que recebiam, sua frequência e duração.

De um modo geral os utentes responderam de forma muito satisfatória, concordando com o fato de que existe um otimismo como estratégia que promove a recuperação, conhecimento e informação contínua da doença, valorização e construção de um autoconceito positivo e demonstração da parte dos técnicos que acreditam na recuperação dos doentes (Marques & Queirós, 2005).

Existem, de facto, muitos projetos de reabilitação psicossocial que utilizam a cidade, o local onde o utente habita, como *setting*, articulando, preservando ou resgatando as histórias de vida de cada indivíduo. Muitos dos profissionais que trabalham neste meio, apesar de não terem as condições ideais, envolvem-se e são criativos aproveitando cada lugar para que a reabilitação possa acontecer dentro do contexto real da vida dos indivíduos. Desta forma, este acaba por ser um grande “laboratório” que dá lugar a práticas reais em que não só o interesse, mas também a reabilitação, vão para além daquilo que são os limites da estrutura física (Hirdes & Kantorski, 2004).

Segundo Liberman (2008), nos anos 60, os psiquiatras tinham inúmeros pacientes sem tratamento eficaz, além da medicação. Estes ajudavam a reduzir a severidade dos sintomas, mas não a saber viver na comunidade e saber estar socialmente. Liberman procurou métodos baseados na ciência para a reabilitação psiquiátrica, tendo desenvolvido tratamentos que conduzissem a uma reabilitação psiquiátrica com sucesso: terapia familiar comportamental, treino de aptidões sociais e terapia social. Ainda hoje, estas técnicas são utilizadas em vários contextos, tanto em hospitais como em prisões, pacientes com deficiência como pacientes com perturbações mentais graves (Talbot, 2008).

### **1.3. a reabilitação como um caminho para a recuperação.**

A deficiência interfere não apenas com a nossa vida diária e lazer, mas também com a nossa independência e os objetivos relacionados com trabalho, sociedade e a construção de uma família. Por exemplo, quando temos uma constipação sentimo-nos mal, cansados, perdemos o foco e a vontade de trabalhar e apetece-nos descansar e falar com amigos. Assim que os

sintomas da constipação são tratados, voltamos com a mesma vitalidade ao nosso dia-a-dia. No entanto, as perturbações mentais - sobretudo as mais severas - trazem um sentimento de desesperança no futuro, desmoralização, miséria e são incapacitantes a longo prazo. As pessoas com perturbação mental perderam a habilidade de comunicar, interagir, trabalhar, fazer amigos, tomar a medicação e serem independentes.

No âmbito do local onde realizei o estágio, os princípios e práticas da reabilitação psiquiátrica de Liberman (2008) são reconhecidos e utilizados como boas práticas. Neste sentido, importa aqui descrevê-los:

1) A recuperação de uma vida normativa em comunidade é possível para muitos com perturbação mental se houver boas práticas de reabilitação (Liberman, 2008, p. 61)

Isto inclui:

- Envolver os pacientes e as suas famílias numa avaliação funcional ajuda a identificar pessoalmente objetivos importantes que tragam significado e enriqueçam a sua vida;

- Tratamentos baseados na evidência farmacológica e psicossocial atenuam ou removem sintomas, dificuldades cognitivas e emocionais que interferem com a missão de atingir um objetivo;

- A melhoria da motivação incute esperança no futuro e ajuda na persistência necessária para aprender aptidões sociais e de independência;

- Programas estruturados e de apoio para o trabalho, escola, habitação, permitem aos pacientes terem níveis mais elevados de independência funcional;

- Ensinar às famílias e aos pacientes a melhorar as suas estratégias de *coping*, comunicação e resolução de problemas para compreender expectativas realistas e gerar um reforço positivo no sentido do progresso;

- Uma gestão de caso feita de forma proativa, a longo prazo, intensiva e flexível por profissionais que sabem utilizar competências de sobrevivência para o ajudarem a integrar na comunidade;

- Administradores e gestores de associações de saúde mental orientados para a recuperação incorporarem as melhores práticas no que diz respeito às competências dos clínicos e das equipas multidisciplinares.

Por estas razões, nesta instituição, realizam-se consultas com a família e a assistente social, no sentido de compreender a dependência ou independência daquele indivíduo e perceber qual o seu grau de integração na comunidade. Para alguns recorre-se a outras instituições que servem de centro de atividades durante o dia para quem sofre de doença mental,

outros podem voltar para a casa comprometendo-se a serem seguidos na clínica através de consulta externa.

2) Impedimentos, deficiências e *handicaps* podem ser diminuídos ou ultrapassados ao integrar a farmacologia e os serviços psicossociais para melhorar as práticas clínica, educacional, vocacional e políticas governamentais (Lieberman, 2008, p. 62).

Deficiências e desvantagens são obstáculos na recuperação para os quais é necessário existir energia, otimismo real e tolerância à frustração. Há alguns anos que se tem assistido ao surgimento de um conjunto de estratégias de reabilitação para controlar ou reverter as deficiências, remediá-las e remover barreiras na comunidade que são desvantagens para quem tem perturbação mental. Os medicamentos e a reabilitação cognitiva podem remover ou melhorar as dificuldades como os sintomas e *deficits* na memória, atenção sustentada, aprendizagem e resolução de problemas. A redução dos sintomas e das deficiências cognitivas ajuda a ter hipóteses de sucesso para aprender competências e capacidades que podem contribuir para a recuperação.

As duas formas mais importantes de potenciar as capacidades funcionais de quem está mais incapacitado devido à perturbação mental são o treino de competências sociais e de saber viver de forma independente, através de técnicas educacionais e treino específico e serviços de apoio com profissionais especializados para dar assistência permitindo que estes indivíduos possam trabalhar, ir à escola, sejam consumidores informados, façam amigos, melhores relações em família e possam assim viver na comunidade de forma bem sucedida.

3) Em reabilitação é fundamental existir uma individualização no tratamento (Lieberman, 2008, p. 66)

Os pacientes são únicos na sua história de vida, na sua forma de aprendizagem, na sua resiliência, nas suas estratégias de *coping* e nas proteções sociais que os possam proteger da “anormalidade”.

Um dos mais importantes princípios da reabilitação psiquiátrica é a combinação entre os diferentes níveis cognitivos do indivíduo, comportamentais e funcionamento social. As diferenças que podem existir entre indivíduos com perturbação mental podem afetar a escolha do tratamento mais adequado, tal como diferenças de uma idade para outra no mesmo indivíduo. Uma fase de psicose não é igual a uma fase de estabilização da doença, logo o que pode ajudar numa fase pode não o ajudar noutra. Isto é bastante relevante nas sessões de grupo, em que

vários indivíduos com perturbação mental fazem as mesmas atividades. É sempre necessário ter a conta a individualização de cada um.

Na instituição de estágio, a discussão de casos clínicos era feita em conjunto com os terapeutas ocupacionais, abordando-se como é que determinado indivíduo tinha estado durante a atividade, como reagiu, qual o *feedback* e percebia-se se determinada atividade lhe estava a ser ou não benéfica e em que medida.

### 3.1) Promover a espiritualidade

A religião e a espiritualidade são frequentemente negligenciadas em vez de aproveitadas, no âmbito da reabilitação. Este é um assunto que ajuda a compreender os indivíduos e as suas desvantagens tanto de pacientes como dos clínicos e também os distingue uns dos outros.

Na aliança terapêutica a empatia requer uma atenção para com o indivíduo e para os seus interesses, valores espirituais, crenças e costumes. A consciência da religião e da espiritualidade de um paciente ajuda-nos a encontrar ferramentas mais adequadas para alívio do stresse e a motivação para aderir ao tratamento.

As crenças religiosas estão associadas ao bem-estar, à forma como os indivíduos se ajustam e lidam com as perturbações psiquiátricas e com os médicos. Acreditar num poder maior, numa religião, rezar e ter fé em Deus devem ser tidos em conta como importantes no processo de recuperação. A experiência de estar fora de controle tanto a nível mental (dos pensamentos) como a nível emocional e comportamental pode ser assustadora, neste sentido indivíduos com perturbações mentais no âmbito psiquiátrico procuram forma de enfrentar as suas limitações, a falta de esperança e sentirem-se sem rumo na vida.

Desta forma, os clínicos podem encorajar os pacientes a utilizar as suas crenças religiosas e a espiritualidade para fazerem face à frustração, aceitar o stresse e a desilusão e encontrar um sentido em eventos complexos.

Esta instituição de estágio, em particular, possui uma natureza religiosa, como tal, esta questão assume um papel importante. Para muitos indivíduos da clínica, rezar, ir à igreja, à missa ou às sessões promovidas institucionalmente são uma forma de ajudar a encontrar alguma paz no meio dos problemas.

4) A reabilitação é mais efetiva e a recuperação mais rápida quando os pacientes e família estão ativamente envolvidos e a participar no tratamento (Lieberman, 2008, p. 69).

Uma reabilitação efetiva pode acontecer quando o paciente e a família estão envolvidos no processo, uma vez que não só procuram identificar como atingir objetivos que podem levar

a uma vida mais satisfatória e funcional. Uma participação ativa ajuda os pacientes a tornarem-se mais motivados e a investir mais. É responsabilidade dos clínicos e das associações de saúde mental planejar e implementar programas em que a participação ativa conjunta (pacientes e família) seja a norma.

É comum haver passividade relativamente à reabilitação devido à falta de esperança no futuro, estigma, dependência, sintomas negativos e desmoralização. Nos tratamentos apenas recentemente se reconheceu o carácter terapêutico da união entre o paciente e a família com um mesmo objetivo. Este reconhecimento permitiu transitar de um paradigma tradicionalmente autoritário e paternalista, em que todo o poder é dado ao médico (uma vez que é ele que detém o conhecimento) para o facto de que a família está com o paciente todos os dias, a todas as horas, tem experiência com os sintomas, com a sua incapacidade e dificuldades. Esta experiência complementa-se com o saber clínico de médicos, enfermeiros e psicólogos. O fato de existirem consultas com a família ajuda ao envolvimento desta no tratamento do paciente.

5) A integração e a coordenação dos serviços são essenciais para melhorar o progresso em direção à recuperação (Lieberman, 2008, p. 72).

Para quem tem perturbações mentais de forma grave e com episódios recorrentes um só tratamento não é suficiente, é necessária uma variedade de tratamentos para os problemas relacionados com a incapacidade, integração e coordenação. Os tratamentos farmacológicos e psicossociais devem ser integrados em três níveis, o do paciente, os clínicos e equipa que o acompanha e as associações que têm uma ampla oferta de serviços que prestam cuidados.

É necessário que os pacientes entendam como os fármacos podem ser benéficos bem como os tratamentos psicossociais. Os efeitos secundários da medicação podem interferir com os tratamentos psicossociais, o que pode requerer mudanças de medicação e da dosagem. Mas a sobre estimulação dos tratamentos psicossociais também pode levar ao exacerbar dos sintomas.

Relativamente à equipa clínica, é necessário avaliar a integração de múltiplos tratamentos e planeamento dos mesmos o que requer um esforço interdisciplinar. Neste sentido é necessário um levantamento de várias informações pertinentes junto de vários membros da equipa como a história do paciente, sintomas, diagnóstico, relações familiares e funcionamento psicossocial, cognitivo, educacional e vocacional.

Na instituição de estágio os serviços estão bem coordenados e partilham um objetivo comum de recuperação, tanto dos médicos, como dos psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, irmãs.



6) É importante tirar partido dos pontos fortes, interesses e capacidades dos pacientes para a reabilitação (Lieberman, 2008, p. 74).

Na perspectiva dos pacientes, o objetivo da reabilitação é ajudar os indivíduos a terem uma vida com propósito e que seja recompensadora, apesar dos sintomas, das dificuldades emocionais e cognitivas e da incapacidade.

Ao contrário do foco da psiquiatria em tratar dos sintomas, a reabilitação procura perceber o que o paciente é capaz de fazer, como faz as tarefas e resolve problemas, como atinge um objetivo. Os pacientes e as suas famílias são desafiadas a viver no presente e a planear o futuro. Saberem como podem agir hoje para mudar a situação amanhã permite o foco no positivo, em objetivos curtos, empoderamento pessoal, auto responsabilização conduzindo à esperança e possivelmente a melhor qualidade de vida.

A reabilitação baseada nas habilidades que o paciente já tem, nos seus interesses e qualidades, facilita o *empowerment*, se este conseguir utilizar as suas competências.

Neste ponto, o fato de existir coordenação dos vários serviços contribui para que isto seja uma realidade.

7) A reabilitação requer tempo e acontece gradualmente, é necessário perseverança, paciência e resiliência por parte dos pacientes, famílias e clínicos (Lieberman, 2008, p.76).

As melhorias acontecem lentamente e a reabilitação deve ter em conta as diferentes fases da doença do indivíduo, isto porque a maioria das perturbações mentais são incapacitantes e causam dificuldades.

Desta forma, é importante que os objetivos da reabilitação sejam humildes. É necessário que o clínico esteja atento aos indicadores de vulnerabilidade. Sinais como irritabilidade, ansiedade, problemas de concentração entre outros podem significar uma recaída. Cada indivíduo reage aos estímulos do ambiente de forma diferente e tem o seu próprio nível de vulnerabilidade.

Lieberman sugere os dez “C”s da reabilitação psiquiátrica como orientações para as melhores práticas na reabilitação: Compreensiva/ Continuada/ Coordenada/ Colaborativa/ Orientada para o consumidor/ Consistente com a fase da perturbação/ Competência no uso dos serviços baseados na evidência/ Conectada com os défices, competências e forças do paciente/ Compassiva/ Cooperativa com as associações comunitárias, recursos e comprometimento dos gestores dos programas e decisores políticos.

Relativamente à eficácia da reabilitação psicossocial na saúde mental, segundo a OMS (2002), esta requer o equilíbrio entre farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial (Martins, 2015), i.e., deve ser uma intervenção multidisciplinar.

Martins (2015) desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar as necessidades de pessoas com doença mental em processo de reabilitação psicossocial. O programa de reabilitação implementado baseava-se nos princípios gerais de reabilitação psicossocial, promovendo a autonomia de pessoas com doença mental para que estas possam atingir o máximo do seu potencial de funcionamento de qualidade de vida, num ambiente à sua escolha, com o mínimo de intervenção técnica possível. Os resultados demonstraram a presença de sofrimento psicológico, seguido das necessidades relacionadas com as relações íntimas e o relacionamento sexual. Todos os participantes manifestaram necessidades sem resposta, em relação ao sofrimento psicológico, referindo receber ajuda moderada dos familiares. O estudo concluiu ainda que as pessoas inquiridas se consideravam maioritariamente satisfeitas com o apoio que recebiam.

Teixeira (2013) procurou perceber o funcionamento de uma clínica psiquiátrica de reabilitação, assim como as barreiras na mudança do paradigma da saúde mental e a efetividade na promoção da autonomia dos utentes. Segundo os resultados do estudo, nenhum utente saiu do regime de emprego protegido. Nenhum foi transferido para uma casa independente e estável. Tal permitiu concluir que havia uma falta de integração dos utentes, na comunidade, dependendo muito dos profissionais (Teixeira, 2013).

O estudo de Ohayon, Roe e Kravetz (2007), desenvolvido em comunidades psiquiátricas de reabilitação, pretendia avaliar os efeitos de um programa de gestão e recuperação da doença mental que pretendia dotar as pessoas com doença mental crónica de informação e competências necessárias para gerir a doença de forma efetiva e alcançarem os seus objetivos pessoais de recuperação. Os resultados referem uma melhoria no nível de conhecimento sobre a doença, na identificação e reconhecimento de objetivos pessoais e também e uma melhoria significativa na forma como geriram e enfrentaram a doença. Concluíram também que as intervenções psicoeducacionais ajudaram a aumentar o conhecimento sobre a doença e sobre os sintomas (2007).

O estudo de Chowdur, Dharitri, Kalyanasundaram e Suryanarayana (2011) pretendia compreender a eficácia de um programa de reabilitação psicossocial com uma duração de seis meses. Este programa oferecia várias intervenções terapêuticas (treino de competências sociais, aconselhamento individual, terapia de grupo e terapia familiar, exercício físico, estratégias para lidar com a medicação) numa abordagem semelhante a uma comunidade terapêutica, uma rotina

estruturada e princípios como democratização, permissividade e confrontação com a realidade. Os resultados demonstraram que os pacientes com doença mental crónica que precisavam de apoio para recuperar beneficiavam deste programa de reabilitação, sendo a intervenção também benéfica para as famílias, pois facilitava o cuidado ao paciente. Houve melhorias genéricas em várias áreas do funcionamento.

Os resultados do estudo de Saha, et al (2020) sobre centros de reabilitação em residencial rural e centros de dia para pessoas com doença mental crónica demonstraram uma taxa de reabilitação bem-sucedida de 69% com retorno para a família. A conclusão foi de que a combinação entre a intervenção psicossocial e a farmacológica são efetivas para reintegrar pacientes com doença mental crónica à sua família. Este programa foi bem-sucedido e pode por isso ser replicado noutros países.

Inerente à recuperação das incapacidades devido à perturbação mental está o papel social que define o lugar da pessoa entre os pares, família, comunidade e sociedade. Estes papéis determinam a identidade do indivíduo – atitudes, expectativas, tarefas, recompensas e autoestima que dão estrutura e significado à sua vida (Lieberman, 2008).

Cada vez mais a reabilitação psiquiátrica se tem preocupado em envolver o paciente e a sua família na recuperação, colocando o foco nas suas competências e qualidades e trabalhando e treinando as suas dificuldades. Os seus recursos devem incluir cada mais não só a comunidade e os serviços que nela existem como também uma abordagem mais humanizada, que vai muito além da farmacoterapia e psicoterapia e recorre a um cuidado individualizado.

O foco da reabilitação psiquiátrica é cada vez mais o paciente, integrando-o e envolvendo-o no tratamento e na comunidade. A reabilitação psiquiátrica na esquizofrenia reveste-se da necessidade de respeitar o indivíduo nas suas escolhas, na sua unicidade e naquilo que são os seus objetivos. Abordarei agora essa temática, em específico.

### **1.3.1. a reabilitação psiquiátrica na esquizofrenia.**

Como já abordámos, a reabilitação psicossocial é um processo ativo em que o indivíduo pode atingir o seu funcionamento ótimo tanto ao nível psicológico como social integrado num ambiente adequado escolhido por si. Isto implica a sua disponibilidade de aprender, treinar competências, mudar atitudes, através dos recursos disponíveis - sobretudo comunitários - tendo em vista a perspetiva da normalização, dependendo do tipo de problema. Por isso, neste âmbito, também importa falar de desinstitucionalização, o qual engloba três aspetos: a retirada progressiva dos indivíduos que estão hospitalizados, o evitar da institucionalização e o

alargamento de alternativas comunitárias (Cohen, Anthony & Farkas, 1990 citados por Santos, 2000).

A reabilitação psicossocial envolve o paciente e todos os profissionais de saúde e a comunidade sendo que este processo abrange uma reconstrução do mesmo tendo em conta o seu meio, a sua rede social e o trabalho com valor social. Este movimento dá a oportunidade do paciente que tem limitações devido à sua doença e sintomatologia associada, poder restaurar a autonomia das funções que tem na comunidade (Lussi, Pereira & Pereira, 2006).

Deegan descreveu um modelo baseado numa estrutura que permitisse ao paciente ter um papel ativo na sua própria mudança, influenciando assim o curso da perturbação, o modelo de desenvolvimento interativo. Neste, existem dois princípios, o de que o curso da doença é influenciado ao longo do tempo por interações entre o indivíduo e o ambiente e o de que o indivíduo se desenvolve ao longo do tempo, com as alterações e mudanças tanto nas suas competências e forças como nas suas fraquezas e vulnerabilidades, processo este que inclui duas variáveis, os padrões longitudinais da evolução da doença e as interações entre o indivíduo-ambiente. Esta é uma visão do curso da esquizofrenia que permite perceber o prognóstico da doença (1997, citado por Santos, 2000).

Relativamente à reabilitação na esquizofrenia, consideram-se dois níveis, a psicose funcional como uma patologia de evolução prolongada ou crónica (a cronicidade pode ser definida quanto ao diagnóstico, duração e grau de gravidade) e pacientes de longo internamento, velhos crónicos (hospitalização acima dos cinco anos) e novos crónicos (hospitalizações inferiores a cinco anos) (Bachrach 1998, citado por Santos, 2000).

Os indivíduos com esquizofrenia têm uma doença mental grave, crónica, com diversos internamentos, por isso são pacientes com uma saúde precária, isolamento social, dificuldades em tarefas da vida diária, desemprego e pobreza (Bellack & Mueser, 1988, citados por Santos, 2000). Esta autora refere também o facto de existirem inúmeros programas dentro da reabilitação psicossocial. Uma vez que na esquizofrenia existem dificuldades no funcionamento social, o treino de aptidões sociais recorrendo a *role-plays* e *modelling* é bastante utilizado. Além disso, é também importante o treino de atividades da vida diária como cuidados pessoais, aptidões domésticas, gestão de dinheiro e adesão à medicação. Este treino regular tem revelado melhores resultados quando comparado com a terapia ocupacional (Lieberman et al. 1998, citado por Santos, 2000).

A importância do trabalho em indivíduos que sofrem doenças mentais graves, neste caso de esquizofrenia, reveste-se de grande importância na medida em que é um auxílio na obtenção

de algum rendimento e autorrealização e reinserção social. É comum que esta fase do trabalho surja na fase final do tratamento, após estes estarem tratados ou estabilizados (Leal, 2004).

Neste âmbito existem alguns pressupostos como a existência de um período de preparação para a entrada num mercado competitivo, este período de preparação pode ser realizado de várias formas, com *workshops* protegidos, empregos de transição, o treino de habilidades específicas e acompanhamento neste período (Leal, 2004).

Apesar de várias formas de emprego apoiado, a reinserção laboral nem sempre acontece e fazem os cursos pelo benefício dos subsídios. Os programas vocacionais implicam várias fases, e que o indivíduo seja ativo na escolha da formação e do emprego, obtenção e manutenção deste, existem inclusive diretrizes próprias internacionais de oportunidades de pessoas com incapacidade. A reabilitação é hoje em dia mais centrada na comunidade, no entanto muitas vezes, face à doença, isto coloca algumas dificuldades, daí a importância das estruturas intermédias entre os cuidados hospitalares e a comunidade. É possível um indivíduo com esquizofrenia ter acesso a uma habitação, por exemplo habitação protegida, apoiada, percebendo onde é mais necessário haver suporte (Santos, 2000).

É de suma importância referir que os pacientes com esquizofrenia têm não só as dificuldades inerentes a uma doença mental grave, a sua sintomatologia, medicação como também apresentam défices em alguns domínios cognitivos, particularmente nos domínios da atenção/vigilância, velocidade de coordenação visuo-motora, velocidade psicomotora, vários tipos de memória, funções executivas e inteligência (Vaz-Serra et al, 2010).

Um estudo de revisão realizado por Torrey (2002), sobre pacientes nunca tratados com medicação antipsicótica, revelou anormalidades significativas na estrutura e função do cérebro. Estas anormalidades cerebrais implicam uma variedade de regiões como a área medial, temporal, pré-frontal, talâmica e gânglios da base concluindo que a esquizofrenia é uma doença cerebral tal como o são Parkinson e esclerose múltipla. Num estudo de meta-análise, Fioravanti et al. (2005) investigaram cinco domínios cognitivos específicos: QI, memória, linguagem, funções executivas e atenção. Em todas as áreas, os pacientes com esquizofrenia apresentaram pior desempenho nos testes neuropsicológicos, quando comparados aos do grupo de controlo.

Os défices cognitivos desempenham um papel central na psicopatologia porque podem ser detetados antes do primeiro episódio psicótico, tendem a persistir durante o curso da doença, são relativamente estáveis ao longo do tempo e determinam défices funcionais característicos da esquizofrenia. Ao longo do tempo a comunidade científica tem, por um lado, procurado fármacos que atuem especificamente e de forma significativa na função neurocognitiva, por

outro no desenvolvimento de terapias psico-comportamentais de reabilitação cognitiva (Vieira, 2013).

Assim, os programas de reabilitação psicossocial contribuem para auxiliar o indivíduo através do o treino de habilidades sociais, ocupacionais, autocuidado e vida independente assente em técnicas comportamentais. É importante compreender que estes programas estão baseados nos modelos de aprendizagem, e os défices cognitivos condicionam a aquisição de novas habilidades e informações, por isso, quanto maior o défice maior, menor o benefício dos pacientes de esquizofrenia relativamente a estes programas. O uso de estratégias compensatórias como usar anotações e revê-las, o uso de pistas visuais e o treino de habilidades cognitivas pode contribuir efetivamente para minimizar consequências funcionais dos défices cognitivos na esquizofrenia (Monteiro & Louzã, 2007).

Quanto ao futuro da reabilitação psicossocial na esquizofrenia, é importante considerar os modelos e as classificações, por outro lado, a relação entre cérebro e comportamento e o impacto económico da doença. O fato de cada vez mais se procurar investigar as fronteiras entre o cérebro e o comportamento para perceber se é possível treiná-lo para melhorar o seu processamento de informação e assim facilitar a aprendizagem de competências sociais é deveras importante. É necessário combinar o tratamento psicofarmacológico com a abordagem psicossocial para prevenir recaídas, melhorar o seu funcionamento social, pois a recuperação pode ser um objetivo da reabilitação psiquiátrica na esquizofrenia (Lieberman et al., 1993 citados por Santos, 2000).

Foi feito um estudo em que se avaliaram utentes integradas em residências de reabilitação e utentes de hospital psiquiátrico com o objetivo de compreender se os programas de reabilitação residencial interferem de forma significativa no estilo de vida, qualidade de vida e capacidade funcional de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (Oliveira, 2011). A hipótese colocada era a de que o facto de os pacientes com doença mental grave serem colocados em estruturas residenciais de reabilitação psicossocial promoverá não só a adoção de estilos de vida mais saudáveis e adaptativos como também uma melhoria da capacidade de vida funcional e qualidade de vida quando comparados com um hospital psiquiátrico. Os resultados demonstraram que não se pode dizer que os indivíduos em estrutura residencial tenham um estilo de vida mais saudável e adaptativo em comparação com os que estão em contexto hospitalar, remetendo para o consumo tabágico e peso. No entanto, no que respeita a prática de exercício físico, os indivíduos em residência indicaram maior regularidade desta prática. Ambos os grupos são condicionados pelo meio onde se inserem, sendo a residência o meio mais potenciador de autonomia, auto responsabilização e maior controlo do estilo de vida. O grupo

em hospital está condicionado pelas rotinas e controlo da instituição, sendo mais fácil não interromper a medicação, não consumir substâncias e acordar cedo.

Relativamente aos resultados da qualidade de vida, constatou-se que o grupo inserido nas residências tinha um maior nível de qualidade de vida.

Podemos inferir que indivíduos com esquizofrenia que habitam em estruturas residenciais de reabilitação têm a perceção de uma melhor qualidade de vida quando comparados com os que estão no longo internamento num hospital psiquiátrico. Desta forma a reabilitação psicossocial promove a permanência do indivíduo junto da família e também da rede social (Kovas, 2008 citado por Oliveira, 2011).

A reabilitação psicossocial promove melhorias significativas na qualidade de vida, capacidade funcional, satisfação pessoal e bem-estar permanecendo clinicamente estáveis e mantendo a sua identidade na comunidade (Oliveira, 2011).

Em 2009, o estudo de Teixeira, Santos, Abreu e Gonçalves pretendeu conhecer as práticas de reabilitação psicossocial, as suas possibilidades e os resultados, através de uma análise das práticas de uma associação de reabilitação social e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos (ARSDOP). Esta associação tem como filosofia de intervenção uma visão de reabilitação direcionada para a recuperação, isto é, com o apoio adequado os utentes podem, apesar de manter a sua sintomatologia, limitações e medicação, readquirir o seu funcionamento social.

Os resultados traduzem o facto de que os cuidados de saúde mental não se podem basear apenas no tratamento hospitalar e por isso é necessária a diversidade em termos de habitação, formação e emprego como medidas essenciais no processo de recuperação. As oficinas protegidas, que se focam na formação e no desenvolvimento de novas competências, pretenderam de facto assegurar àqueles que têm doença mental de evolução prolongada por um lado a formação e o aperfeiçoamento, mas também sempre que possível, a integração no mercado de emprego competitivo. Quanto ao processo de reabilitação, este só está completo quando os utentes podem viver no seu meio social.

A conclusão é a de que a reabilitação psicossocial na saúde mental é uma componente predominante na recuperação de doentes mentais severos e deve por isso ser integrada no processo de intervenção desde o início (Teixeira et al, 2009).

Um estudo italiano de Bozzatello, et al (2018) procurou perceber as intervenções psicossociais mais eficazes nos distúrbios do espectro da esquizofrenia, especificamente, comparar a amizade com a arteterapia de grupo e perceber as diferenças de efeitos nos tratamentos.

Os resultados indicam uma melhoria ao longo da duração do estudo em ambas as intervenções sobretudo no que diz respeito ao funcionamento psicossocial, autoestima e distúrbios do pensamento. A amizade teve resultados eficazes superiores à arteterapia na melhoria do funcionamento psicossocial. No entanto, ambas foram consideradas eficazes para melhorar as estratégias de *coping* orientadas para as emoções e ambas foram consideradas importantes contributos para melhorar o funcionamento daquilo que é a realidade destes pacientes (Bozzatello et al, 2018).

Na China, Chien, Cheng, McMaster, Yip e Wong, (2019), desenvolveram um estudo sobre a eficácia de um programa de psicoeducação baseado no *mindfulness* para indivíduos num estágio inicial de esquizofrenia. Os resultados encontrados indicaram que o grupo teve mudanças significativas nas regiões cerebrais relativamente à atenção e regulação emocional. Os grupos de psicoeducação com base no *mindfulness* podem ser uma forma efetiva de intervenção em adultos num estágio inicial de esquizofrenia e exercer efeitos a longo prazo nas condições mentais e no funcionamento destes indivíduos.

Um estudo iraniano conduzido por Atadokht, Ebrahimzadeh e Mikaeeli, (2019), pretendeu perceber a eficácia de um treino de competências humorísticas nos sintomas positivos e negativos no espectro da esquizofrenia crónica. Segundo os resultados, os sintomas positivos e negativos diminuíram depois das oito sessões de treino de competências humorísticas. Por isso, este programa é recomendado para pacientes com esquizofrenia. Isto é compreensível uma vez que nos pacientes com esquizofrenia com sintomas negativos existe um comprometimento comportamental como passividade, isolamento social, falta de prazer, apatia social e emocional. Através do humor e de anedotas, isso desperta nestes pacientes prazer e serve como um método terapêutico que ajuda a suportar coisas desagradáveis. Gradualmente estes ganham a capacidade de lidar com a ansiedade e o stress e até de melhorar a sua condição.

Um estudo nos Estados Unidos da América, de Ben-Zeev (2014), pretendeu perceber a viabilidade, aceitabilidade, e a eficácia preliminar de uma intervenção através da utilização de um *smartphone* para os indivíduos com esquizofrenia. O sistema FOCUS (que consiste em três aplicações, uma para que estes se envolvam diariamente através de sinais auditivos e notificações visuais, a segunda para gerar breves avaliações e interações e a terceira com dicas rápidas para que estes possam aceder a recursos de autogestão de doenças e estratégias de *coping* que são sugeridas) para telemóveis foi desenvolvida para ajudar os indivíduos com esquizofrenia a gerir a sua doença em tempo real e local oferecendo recursos pré-agendados e a pedido para facilitar a gestão de sintomas, regulação do humor, adesão à medicação, funcionamento social e melhoria do sono. Os resultados mostram que uma intervenção através



do telemóvel para a gestão da doença em indivíduos com esquizofrenia é viável, aceitável e sugere mesmo que é clinicamente útil. Os indivíduos relataram um nível elevado de satisfação e interesse em continuar a usar este sistema no telemóvel, a aceitação foi elevada. A intervenção foi útil na redução dos sintomas positivos da esquizofrenia e sintomas gerais de psicopatologia e depressão. Não houve mudanças significativas relativamente ao sono ou às crenças sobre a medicação. Ao contrário dos serviços presenciais uma intervenção através de um telemóvel é transportável e pode ser usada em qualquer local (Ben-Zeev, 2014).

Em jeito de conclusão, apresentamos um sumário dos estudos desenvolvidos neste âmbito e as suas principais conclusões.

<b>Estudo (autores, ano)</b>	<b>Oliveira (2011)</b>	<b>Teixeira, Santos, Abreu, &amp; Gonçalves (2009)</b>	<b>Bozzatello, Bellino, De Marzi, Macri, Piterà, Montemagni, &amp; Rocca (2019)</b>	<b>Chien, Cheng, McMaster, Yip &amp; Wong (2019)</b>	<b>Atadokht, Ebrahimzadeh &amp; Mikaeeli (2019)</b>	<b>Ben-Zeev, Brenner, Begale, Duffecy, Mohr, &amp; Mueser (2014)</b>
<b>País</b>	Portugal	Portugal	Itália	China	Irão	Estados Unidos
<b>Objetivos</b>	Compreender se os programas de reabilitação residencial interferem no: estilo e qualidade de vida (QV) e capacidade funcional de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia	Conhecer práticas de reabilitação psicossocial, possibilidades e resultados	Perceber as intervenções psicossociais mais eficazes nos distúrbios do espectro da esquizofrenia e comparar a amizade com a arteterapia de grupo e perceber as diferenças de efeitos nos tratamentos	Perceber a eficácia de um programa de psicoeducação baseado no <i>mindfulness</i>	Compreender a eficácia de um treino de competências humorísticas nos sintomas positivos e negativos no espectro da esquizofrenia crónica	Aferir a viabilidade, aceitabilidade, e eficácia preliminar de uma intervenção através da utilização de um <i>smartphone</i>
<b>Destinatários</b>	Utentes integradas em residências de reabilitação e utentes de hospital psiquiátrico	Pacientes de associação de reabilitação social e desinstitucionalização de doentes psiquiátricos	Pacientes com esquizofrenia	Indivíduos num estágio inicial de esquizofrenia	Pacientes com esquizofrenia	Indivíduos com esquizofrenia
<b>Conclusões</b>	Os indivíduos em estrutura residencial não têm um estilo de vida + saudável e adaptativo (comparando com os de contexto hospitalar). Na prática de exercício físico, os indivíduos em residência indicaram + regularidade. O grupo inserido nas residências indicou um maior nível de QV.	A reabilitação psicossocial na saúde mental é uma componente predominante na recuperação de doentes mentais severos.	Melhoria ao longo da duração do estudo em ambas as intervenções sobretudo no que diz respeito ao funcionamento psicossocial, autoestima e distúrbios do pensamento. Amizade c/ resultados superiores à arteterapia.	Grupos de psicoeducação com base em <i>mindfulness</i> podem ser uma forma efetiva de intervenção em adultos (estágio inicial esquizofrenia) e exercer efeitos a longo prazo nas suas condições mentais e funcionamento	Sintomas positivos e negativos diminuíram depois das 8 sessões de treino de competências humorísticas.	Intervenção através do telemóvel para a gestão da doença em indivíduos com esquizofrenia é viável, aceitável e clinicamente útil

**Legenda:** Tabela sobre estudos de reabilitação psiquiátrica na esquizofrenia

As conclusões mostram que os programas de reabilitação psicossocial são mais eficazes do que o internamento hospitalar. Os serviços que sejam permanentes e personalizados e onde os cuidados são fornecidos por um terapeuta de referência ajudam a manter o indivíduo com uma doença mental crónica e severa na comunidade (Farkas, 2000 citado por Oliveira, 2011).

A reabilitação psiquiátrica na esquizofrenia requer uma intervenção planeada com o próprio, em conjunto não só com outros profissionais, a comunidade, mas também com a família para que os resultados possam ser mais significativos, positivos e impactantes e prolongados no tempo.

Os pacientes com esquizofrenia beneficiam de grupos de psicoeducação com base no *mindfulness* num estágio inicial exercendo efeitos a longo prazo. O treino de competências humorísticas também revelou ajudar na diminuição de sintomas positivos e negativos e a amizade ajuda a melhorar o funcionamento psicossocial, auto-estima e distúrbios do pensamento. Na gestão da doença, a intervenção através do *smartphone* é útil, aceitável e viável.

## **2. O Papel do Psicólogo na Reabilitação Psiquiátrica**

É essencial o psicólogo que trabalha num contexto de clínica psiquiátrica saber trabalhar em equipa multidisciplinar, sendo um trabalho também coletivo na medida em que o seu saber se cruza com o de outros profissionais para um melhor atendimento e encaminhamento do paciente, promovendo assim a cooperação e comunicação entre diferentes serviços. Isto faz com que exista uma interação entre todos os conhecimentos e uma forma de ver o utente mais holística e integradora, para que este possa ser atendido em todas as suas necessidades. O trabalho em equipa é uma modalidade de trabalho coletivo onde existe uma relação recíproca entre várias intervenções técnicas entre variados agentes. Com isto, além do paciente ser favorecido ao existir uma visão mais rica do mesmo, também o psicólogo é favorecido por ter várias visões do indivíduo, bem como possivelmente uma relação com os colegas mais sólida e coerente com um mesmo objetivo (Peduzzi, 2001).

O papel do psicólogo na reabilitação é deveras importante, uma vez que devem ser tidas em conta as expectativas não só do utente como também da família (Waisberg, et al, 2008).

Devido à especialização nas várias áreas da saúde e divisão das intervenções, o trabalho em equipa é de facto fulcral para que a visão do paciente seja holística e possa desenvolver a sua qualidade de vida e autonomia. Por isso, vários programas de saúde, sobretudo na reabilitação psicossocial, são articulados com vários cuidados (saúde, assistência social, a família, a comunidade (Lessard Morin & Sylvain, 2008; Queirós & Araujo, 2007; Quintana, Kegler, Santos & Lima, 2006 citados por Queiroz & Araujo, 2009).

Uma equipa deve ser formada por duas pessoas ou mais, pelo menos um deles deve ser profissional e distingue-se pelas suas funções, tarefas e composição. Esta pressupõe encontros regulares, uma comunicação imediata e constante, quando assim não acontece, as trocas de informação são feitas através de relatórios e registos. Estas equipas funcionam numa estrutura organizacional em que há uma definição clara de papéis. Esta deve ser orientada na tarefa e centrada no paciente. Para o trabalho de equipa são necessárias condições propícias, nas quais se incluem: conhecimento do modelo filosófico (ou outro) da instituição; familiarização com as possibilidades de contribuição de cada categoria profissional e o reconhecimento de com os campos de atuação estão entrelaçados; objetivos e prioridades da equipa estabelecidos de forma clara; definição de métodos; delimitar o tempo para alcançar objetivos; manter uma comunicação contínua; sentido de colaboração e cooperação. As dificuldades podem ser: o desconhecimento relativamente a outras profissões; excesso de importância à sua atuação e conhecimento da sua área de saber; formação não ser dirigida para o trabalho de equipa; falta de experiência em trabalho de grupo; competitividade; falta de confiança e respeito mútuo; a

liderança ser inadequada; excessiva rigidez e comunicação deficiente (Costa Neto & Araujo 2001, Ducanis & Golin 1979; Parsell, Gibbs & Bligh, 1998 citados por Queiroz & Araujo, 2009).

Prigatano (1999) descreveu as vantagens e desvantagens do trabalho em equipa. Por um lado, neste trabalho conjunto existem várias informações, o que assenta numa perspectiva mais abrangente e maior do paciente, por outro podem adicionar informações secundárias interrompendo ou alterando prioridades. Pode haver uma repetição de esforços ou um desleixo nos cuidados além de corporativismos que podem prejudicar a aprendizagem mútua. Pode-se achar que a carga de trabalho é dividida, mas muitas vezes acontece um aumento de tarefas suplementares com relação às atividades em grupo. Podem também existir conflitos de liderança.

Devido aos avanços tecnológicos e ao facto de cada vez mais pessoas sobreviverem a doenças e traumas, o foco já não está nos danos e prejuízos que essas doenças ou eventos possam causar, mas em identificar e promover os recursos do paciente para a sua integração social. Neste sentido, o trabalho em equipa é uma forma de contribuir para o processo de reabilitação (Straub, 2005)

Várias podem ser as estratégias que as equipas adotam para estabilizar o seu trabalho, destas destacam-se três: as reuniões de equipa para a discussão de casos clínicos; uma interação entre os membros da equipa para um entendimento mútuo dos objetivos e decisões tomadas pelo grupo e o envolvimento dos membros em esforços construtivos para resolução de problemas (Queiroz & Araujo, 2009).

O papel do psicólogo em reabilitação situa-se em dois níveis, o preventivo e o terapêutico. O facto de se ter conhecimento teórico e clínico dos efeitos psicológicos das doenças e deficiências permite uma abordagem preventiva através da criação de ótimas condições para manter a saúde mental. É possível que através da comunicação com a equipa e mesmo com a administração este possa contribuir para uma humanização dos hospitais em que não são só as questões relacionadas com o seu corpo físico, mas também todas as questões psicológicas e à ligação entre ambos (corpo e doença e a sua mente e anseios em relação a isso). O psicólogo procura facilitar a comunicação entre o paciente e a equipa clínica, mas também vincular e simbolizar afetos. O paciente, ao chegar ao centro de reabilitação pode sentir-se vulnerável uma vez que é uma situação nova e desconhecida para ele, ou quando o seu diagnóstico lhe é revelado (Fonseca, 1985).

Jeammet, Reynaud e Consoli (1980, citados por Fonseca, 1985) referem-nos princípios que orientam a atitude da equipa de reabilitação como: Personalizar a relação, ter uma função

“organizadora” do profissional de saúde explicando o sentido daquilo que faz, dando informações e permitir que o paciente tenha um papel ativo. A aplicação destes princípios ajuda na redução do sentimento da desigualdade e da dependência do paciente.

O psicólogo que trabalha no âmbito da reabilitação procura compreender as vivências do seu paciente e consequências das atitudes e reações que a sociedade tem relativamente ao paciente com deficiência ou incapacidade. Este pode manifestar problemas relacionados com a sua própria personalidade, mas que podem ser exacerbados devido à doença. A maioria das implicações psicológicas que as pessoas sofrem devido a uma doença ou deficiência deve ser vista como uma reação diante da transformação da sua própria vida. O papel do psicólogo perante a panóplia de problemas que possam existir é o de escutar as vivências do paciente e os seus familiares, acompanhando-os ao longo das várias fases de adaptação e elaborar estas mesmas vivências. Muitas vezes a atuação do psicólogo neste meio é de aconselhamento e/ou psicoterapia de apoio. (Fonseca, 1985).

A comunicação entre a equipa clínica de reabilitação é essencial. Neste sentido, tal como referido anteriormente a reunião de equipa é um meio privilegiado para não se perder informação e partilhar conteúdo relevante para o paciente e clarificar os papéis de cada membro e a verbalização das expectativas existentes. Conclui-se que o psicólogo de reabilitação tem um trabalho tanto preventivo quanto terapêutico com foco no paciente, mas também na equipa clínica de reabilitação em que este pode ser o mediador e facilitador de uma comunicação clara e objetiva (Fonseca, 1985).

Em suma, o papel do psicólogo na reabilitação é deveras importante para o paciente, a família e a equipa clínica para uma intervenção mais bem sucedida e em que o respeito pela individualidade do paciente seja uma realidade.

Este trabalho essencial do psicólogo é não só para o paciente individual e respetivas consultas como também nas dinâmicas de grupo. Estas estão devidamente suportadas pela evidência científica que é descrita no capítulo seguinte.

## **2.1. o modelo de intervenção.**

Apesar do modelo dominante na instituição ser o cognitivo-comportamental e ter sido este o utilizado ao nível das dinâmicas de grupo desenvolvidas, no que se refere à intervenção individual foi-me permitido utilizar a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, um dos nomes mais importantes da psicologia humanista. A sua forma de praticar psicoterapia

valorizava o cliente e dessa forma o termo paciente (associado à doença e passividade) foi substituído por cliente promovendo a ação do indivíduo e uma relação de igualdade para com o terapeuta (Messias & Cury, 2005).

Rogers acreditava que mesmo sob condicionantes adversas, o Ser Humano é capaz de desenvolver autonomia e autodeterminação, este não se limita a reagir aos acontecimentos ou a ser conduzido por eles, pode ser criativo na sua própria realidade. O Ser Humano é motivado para um processo construtivo, o que o leva a sobreviver, a evoluir numa complexidade cada vez maior e autonomia. Como conceitos fundamentais da abordagem centrada na pessoa estão o método fenomenológico, isto é, colocando a ênfase na importância da experiência subjetiva. Cada indivíduo vive no seu mundo subjetivo e único, com a sua própria perspectiva da sua experiência e daquilo que vive e observa à sua volta (Rogers, 1959).

Desta forma, o terapeuta procura ver pelos olhos do outro através da empatia e esta é a base da terapia centrada no cliente, é a experiência do indivíduo que constitui o foco do terapeuta. Seguindo o princípio da não-diretividade, a compreensão empática pretende transmitir ao cliente, elementos e condições que fomentem o exercício do seu poder de auto-direção. A tendência atualizante também é central na abordagem centrada na pessoa (Rogers, 1959).

Quando existem determinadas condições, os indivíduos fazem escolhas positivas e construtivas, ou seja, que contribuem para o seu desenvolvimento enquanto pessoa. Todas as motivações, necessidades e também impulsos são uma expressão da tendência do organismo para atualizar as suas potencialidades e capacidades. O meio pode ser facilitador ou não da sua expressão, no entanto a tendência atualizante atua de forma permanente e construtiva. A mesma autora refere também a compreensão empática como sendo um processo que é dinâmico que consiste em entrar no universo do outro, respeitando o seu ritmo nas suas descobertas, mantendo-se recetivo ao que possa surgir de novo. O olhar positivo incondicional do terapeuta é a condição para a mudança nesta terapia. As experiências que antes eram ameaçadoras podem através desta terapia ser percecionadas e integradas no conceito de si (Rogers, 1959).

A atitude do terapeuta, de respeito e integridade pelo cliente tem uma grande influência nas sessões. Assim, o respeito pela integridade da pessoa manifesta-se através de atitudes como o respeito pela autonomia pessoal do cliente, a crença na capacidade de ajustamento da pessoa, o respeito pela pessoa, a tolerância e aceitação da diferença e o desejo de ajudar o cliente a compreender e a aceitar-se a si mesmo. Desta forma, o cliente é ajudado a sentir-se livre para expressar o que desejar, trazer à superfície o que possa estar reprimido, através da

permissividade que esta abordagem proporciona levando o cliente a aceitar a responsabilidade de enfrentar os seus problemas (Rogers & Wallen, 2000).

Da teoria de Carl Rogers fazem também parte as seis condições necessárias e suficientes para a mudança, e para esta ocorrer, é necessário que estas existam e persistam por um período de tempo. É preciso que tanto o terapeuta como o cliente estejam em contato psicológico, que o cliente esteja num estado de incongruência, que o terapeuta esteja congruente, que este tenha um olhar positivo incondicional pelo cliente, que experiencie compreensão empática pelo cliente e a comunique e por fim que a comunicação desta e do olhar positivo incondicional seja efetivada (Wood et al, 1994)

A questão da incongruência é de suma importância nesta terapia e significa que existe a experiência real do organismo e a imagem do self do indivíduo, e esta representa aquela experiência. Ou seja, há uma discrepância entre o significado experienciado da situação na forma como ele ficou registado na minha consciência e a representação simbólica da experiência na minha consciência sem entrar em conflito com a imagem que tem de si. Se o indivíduo percebe a incongruência pode haver tensão e ficar ansioso. Se este não estiver consciente da incongruência a possibilidade da ansiedade torna-o vulnerável. O olhar positivo incondicional pressupõe a aceitação do cliente, aceitando como ele é e o que traz para as sessões, compreendendo este como um ser único, com os seus próprios sentimentos e vivências (Wood et al, 1994).

Relativamente ao progresso do cliente este pode ser resumido em cinco estádios: o cliente vem para ser ajudado, expressa livremente atitudes emocionais e isso conduz ao desenvolvimento de insights, estes resultam em planeamento e ações positivas e o cliente termina as sessões. Estes cinco estádios fundem-se uns nos outros e podem ajudar a orientar o terapeuta no progresso do cliente (Rogers & Wallen, 2000).

Sem dúvida que a abordagem de Carl Rogers é de grande importância para a área de clínica, sobretudo uma clínica humanista que saiba acolher a diferença. Nesta clínica psiquiátrica o modelo de intervenção utilizado pelos psicólogos do hospital de dia é o cognitivo-comportamental sobretudo nos grupos de psicoeducação, aptidões sociais e terapia metacognitiva (Moreira, 2010), que passarei a descrever

### **2.1.1. fundamentação das metodologias de intervenção utilizadas nas dinâmicas de grupo.**

No âmbito da clínica psiquiátrica, as dinâmicas de grupo são muito utilizadas, permitindo trabalhar competências transversais em pacientes com doenças mentais distintas.



O treino de aptidões sociais contribui para ajudar os pacientes a serem mais independentes, trazer estabilidade nos ganhos terapêuticos, diminuir recaídas e as doses da farmacologia (Cruz, & Más, 1997).

Segundo vários autores (Corrigan 1991, Taylor 1996 & Kopelowicz et al, 2006 citados por Vyskocilova & Prasko, 2012), os estudos demonstram que o treino de aptidões sociais pode ser eficaz para melhorar estas mesmas aptidões e na redução dos sintomas psiquiátricos. Este treino é útil em complemento com outras abordagens terapêuticas.

Para Vyskocilova e Prasko (2012), o objetivo do treino de competências sociais é: melhorar as aptidões sociais, melhorar a capacidade de resolução de problemas, regulação das emoções, aumento da auto-estima e auto-respeito, aumento da tolerância ao stress e frustração, mudanças nos processos cognitivos e foco nos interesses e objetivos pessoais.

Em 1984, fizeram um estudo com pacientes internados em psiquiatria a quem deram 10 capítulos do manual de treino de aptidões sociais e 10 tarefas relacionadas com as mesmas, 10 sessões de treino ativo com modelagem, *coaching* e *feedback* para ilustrar e praticar os conteúdos do manual, seguido de um *follow up* de 10 meses. O treino mais passivo com o estudo dos capítulos revelou-se ineficaz. O programa de treino ativo das aptidões sociais foi eficaz tanto no final do tratamento como do *follow up*. Os pacientes melhoraram no score da escala *Clinical Outcome Criteria Scale described by Strauss and Carpenter* que mede vários critérios incluindo relações sociais, situação de emprego e alguns aspetos da situação da família do paciente. Este estudo do Monti e colegas demonstram a utilidade no programa do treino de aptidões sociais para esta população (Brady, 1984).

Falloon e colegas fizeram um estudo para compreender como o treino de aptidões sociais pode ajudar a prevenir recaídas na esquizofrenia. Isto aconteceu devido a vários investigadores referirem que as recaídas na esquizofrenia estão associadas a emoções expressas de forma exacerbada na casa onde vivem com o paciente, sobretudo famílias com elevados níveis de criticismo e hostilidade. Por isso Falloon e a sua equipa conduziram um estudo com 36 pacientes com esquizofrenia que tomavam medicação regular, os quais foram conduzidos aleatoriamente para alta hospitalar para terapia familiar em casa ou atendimento individual de suporte clínico. A terapia familiar consistia em ensaio comportamental, modelagem, *feedback* e reforço social para melhorar a expressão de sentimentos negativos e positivos, escuta reflexiva, pedidos de mudança comportamental e reciprocidade na conversa. Estes são métodos do treino de aptidões sociais que incluem a família também. Depois de nove meses foi notória a prevenção de grandes exacerbações sintomáticas. Houve um número significativamente baixo

de níveis de sintomas de esquizofrenia nas avaliações cegas da escala de classificação (Brady, 1984).

O estudo de Manning, Hooke, Tannenbaum, Blythe e Clarke (1994), pretendia compreender a eficácia de um tratamento combinado com medicação (na maioria dos pacientes) e um programa terapêutico cognitivo-comportamental intensivo e fechado para grupos heterogêneos de pacientes psiquiátricos. Foram relatadas melhorias e as mesmas foram mantidas durante um ano e mais. Os resultados suportam a eficácia do tratamento.

Segundo o estudo de Kanas (2015), a terapia de grupo é uma forma de tratamento eficaz para 67% dos esquizofrênicos internados, sobretudo em grupos com duração superior a 3 meses, os grupos de terapia são eficazes em 80% dos pacientes em ambulatório. As abordagens que são orientadas para a interação são também mais eficazes do que as que são orientadas para o insight.

Cruz e Más (1997), fizeram um estudo sobre o treino de aptidões sociais e terapia cognitiva na esquizofrenia paranoide. Foram aplicadas técnicas mistas (respiração abdominal, relaxamento muscular de Jacobson e imagens mentais relaxantes, técnicas cognitivas e de treino de aptidões mentais a doentes.

Crammer, Weegam e O'Neil (1989, citados por Cruz & Más, 1997) através de registo audiovisual de situações emocionais que foram mostradas a doentes com esquizofrenia pediam que estes identificassem o adequado nível emocional usando uma lista de adjetivos. Estes mostraram grandes dificuldades na identificação da emoção principal expressada.

Lieberman (1993), suporta a aceitação do treino de aptidões sociais no tratamento da esquizofrenia para uma melhoria na sua qualidade de vida e autonomia. Segundo o autor (Lieberman, 1993), a utilização do treino de aptidões sociais nos doentes esquizofrênicos assenta em quatro razões principais: “o ajustamento social pré-mórbido prediz, consideravelmente, o posterior curso e evolução dos transtornos psiquiátricos”, “o funcionamento social é deficiente em crianças que apresentam risco de vir a sofrer de esquizofrenia”, “o déficite em aptidões sociais, permanentemente presente em pessoas sofrendo de perturbações mentais maiores, é um fator prognóstico para a recaída e o regresso ao internamento hospitalar”; “o treino de aptidões sociais reduz o índice de recaídas em esquizofrenia” (p. 132).

Relativamente aos resultados deste estudo, em cinco casos os resultados foram muito positivos (71.8%), estes melhoraram a sua inserção social mantendo os ganhos, em quatro destes, a inserção no mundo laboral é estável e regular, três deles não voltaram a ser internados e a medicação foi reduzida para o mínimo. Nos outros dois casos, os doentes não voltaram a apresentar sintomatologia psicótica mantendo-se sem medicação.

## **2.2. o modelo do terapeuta de referência.**

O conceito do terapeuta ou técnico de referência encontra-se relacionado com o trabalho em Saúde mental e é praticado nesta instituição. Esta é uma nova forma de se proceder tanto ao nível técnico como profissional perante o atendimento dos pacientes. Este conceito relaciona-se não só com a responsabilização perante os pacientes, mas também pela necessidade de vínculo e de existir uma transversalidade nas relações, uma atenção mais personalizada e de um cuidado maior (Mânica & Tessmer, 2007).

O terapeuta de referência tem uma intervenção terapêutica, mas também organizacional do serviço a partir do qual existem outras funções secundárias. Este atua junto do paciente seja de forma pontual ou com outra instância social que tem contacto direto com certo paciente. No contacto direto com o paciente, este empenha-se na compreensão da sua existência e cria estratégias de promoção de saúde, juntamente com os seus familiares e instituições. É o técnico de referência que acompanha a família no trabalho proposto (Mânica & Tessmer, 2007).

Ainda segundo as autoras supracitadas, esta é a pessoa que a família procura como um apoio para o tratamento, alguém que vai acolher e estar recetivo para ouvir, vai ser um suporte emocional e que vai apoiar nas várias formas de atendimento que ele vai ter sejam individuais e/ou em grupo. Furtado (2001, citado por Maníca & Tessmer, 2007), afirma que o terapeuta de referência não é o responsável por todas as atividades que fazem parte do plano terapêutico, mas deve conhecê-las e acompanhar mesmo que à distância a evolução do paciente nas atividades a que se propõe fazer. Este é aquele que planeia, acompanha e avalia o conjunto de ações terapêuticas que ajudam no processo de reabilitação do paciente.

Este técnico aparece no contexto de uma prática multidisciplinar e tem um papel fundamental quando passa a ser outra referência do paciente ao saber médico e assim é possível refletir e agir de várias formas no meio clínico. Por exemplo, no que diz respeito à medicação como parte do tratamento, é importante existir uma articulação entre o técnico e o médico através de reuniões conjuntas com os pacientes para que também ele possa expressar dúvidas relativas à medicação. É por isso muito benéfico a relação entre os vários clínicos e as suas formações para o estabelecimento e cumprimento do projeto terapêutico (Rinaldi, 2008).

O papel do técnico de referência tem ganho uma relevância cada vez maior, é fulcral uma vez que responde à exigência das novas realidades de pacientes multi-problemáticos e multi-intervencionados, pois necessitam que alguém tenha uma visão global do percurso de cada um e que seja o mediador entre eles, a instituição e os outros membros da equipa clínica. As funções do terapeuta de referência estão relacionadas com:

A motivação do paciente para o projeto terapêutico e a sua organização; a construção de uma aliança terapêutica entre o paciente e a instituição; a articulação e cooperação entre as várias intervenções necessárias; a adesão à farmacologia, psicoterapia ou acompanhamento psicológico e reinserção social; ao controle e prevenção de recaídas; à avaliação ou monitorização da sua evolução dentro do projeto terapêutico e é o mediador junto das várias instituições que possam intervir junto dele (Prata, 2008).

O terapeuta de referência surge na literatura relacionado a casos de pacientes difíceis e/ou muito desorganizados em vários níveis. Segundo Jeammet (1987,1989 citado por Prata, 2008), a utilização deste modelo é indicada para adolescentes com problemas graves (dependência, impulsividade, passagem ao ato). O objetivo é estabelecer um quadro de intervenção em que seja fácil lidar com casos de abandono, interrupção, desrespeito pelo contrato terapêutico e a intrusão dos familiares na relação terapêutica. Este é também o mediador entre o paciente e a família.

O terapeuta de referência pode ser visto como um acompanhante terapêutico sendo uma referência para a construção do percurso do seu paciente relativamente à comunidade, à vida, à família, aos outros de uma forma geral e àquilo que lhe é pedido. Desta forma, este técnico diz respeito ao que se pode fazer dentro e no âmbito de uma instituição (Ribeiro, 2009). Assim, o terapeuta de referência - sendo um mediador entre paciente e família - é alguém que permite a cooperação de ambas as partes no tratamento.

Segue-se a segunda parte do trabalho onde irá ser exposta a parte prática relacionada com o estágio.

II PARTE – OBJETIVOS E ATIVIDADES NO ÂMBITO DO ESTÁGIO  
ACADÊMICO

### **3. Objetivos**

#### **3.1. objetivos gerais.**

Os objetivos gerais definem-se como competências chave e atitudes adequadas para o exercício da profissão. São estes o desenvolvimento de conhecimentos e competências no que diz respeito à ética profissional e também tudo o que se relaciona com o desenvolvimento da profissão.

No caso específico do estágio realizado, delineámos os seguintes objetivos gerais:

- O conhecimento da ética da instituição e a sua forma de atuar;
- O conhecimento sobre a função do psicólogo na instituição e o papel que desempenha na reabilitação psiquiátrica, especificamente no hospital de dia e tudo o que implica (o compromisso terapêutico, a toma da medicação, participar nas atividades, reinserção na vida ativa);
- O conhecimento sobre a atuação do psicólogo em equipa interdisciplinar, procurando reabilitar os utentes quando possível ou melhorar a sua condição seja ao nível da doença ou da sua vida, encontrando soluções, recorrendo à família quando é possível ou a outras instituições.
- Saber estar em contexto profissional como estagiário de psicologia, dando feedback seja na reunião de casos clínicos, seja na intervenção com os pacientes nas aptidões sociais e terapia metacognitiva acrescentando informações úteis.
- Desenvolver competências que fazem parte da atuação do psicólogo no contexto clínico, seja na empatia com os pacientes, seja na compreensão daquilo que é expresso nas várias dinâmicas de grupo.

#### **3.2. objetivos específicos.**

Os objetivos específicos são competências ou habilidades específicas da profissão de psicólogo. No estágio, os objetivos específicos são a prática de competências para trabalhar em grupo e o treino de competências individuais, ao nível das consultas.

Nas dinâmicas de grupo pretendia-se trabalhar aspetos como:

- empatia, relação com o grupo, transmissão de informação de forma clara e objetiva, dar e receber o feedback, distribuir a atenção e compreender o comportamento associado a várias psicopatologias;

Na discussão de casos clínicos esperava-se:

- aprender uma postura pró-ativa trazendo conteúdo relevante para a mesma e também saber mais sobre psicofarmacologia, como se planeia a intervenção do utente;
- saber conduzir as sessões individuais e em grupo, fazendo as perguntas certas no momento certo, saber quando é necessário aprofundar mais os assuntos ou elaborar melhor;
- dar *feedback* pertinente relativamente à observação dos pacientes;
- identificar e analisar necessidades de natureza psicológica que podem não ter sido expressas, elaborar projetos;
- agir de forma profissional seja com os profissionais de saúde da clínica seja com os pacientes da clínica tendo em conta as suas dificuldades e limitações;
- planejar a intervenção;
- escolher e utilizar testes psicológicos que vão ao encontro da avaliação psicológica a realizar.

Nas consultas individuais pretendia-se:

- Adquirir experiência na elaboração da anamnese, na gestão do tempo de consulta e na gestão da informação que nos é transmitida;
- Conduzir a entrevista encontrando coerência e um “fio condutor” que nos permita conhecer aquele(a) utente, a sua história de vida e tudo o que o/a “conduziu” até ali, bem como os conteúdos que quiser trazer para as sessões;
- Aprimorar a escuta ativa, a empatia e um discurso fluido, estabelecer objetivos terapêuticos e essencialmente aprender a ser e a estar em relação, facilitando o desenvolvimento da aliança terapêutica;
- realizar uma avaliação psicológica;
- esclarecer o motivo da consulta e estabelecer objetivos terapêuticos que vão ao encontro do pedido.

### **3.3. Atividades do estágio**

Após um período de um mês e meio de adaptação com início em outubro, deu-se início às atividades do estágio. Nesta secção serão descritas todas as atividades desenvolvidas durante o estágio académico, assim como o tempo de duração de cada uma e as aprendizagens feitas.

**Tabela 1.**

<b>Horas início</b>	<b>2ªf</b>	<b>total horas</b>	<b>3ªf</b>	<b>total horas</b>	<b>4ªf</b>	<b>total horas</b>	<b>5ªf</b>	<b>total horas</b>
9h					Discussão de casos clínicos	1h		
10h	Supervisão	2h	Treino de aptidões sociais	1h30			Terapia Metacognitiva	1h30
11h	Supervisão		Treino de aptidões sociais				Terapia metacognitiva	
12h							Reunião Comunitária	30m
13h	Almoço		Almoço		Almoço		Almoço	
14h	Grupo Psicoeducativo	1h						
15h	Consulta de Psicologia	50m						

**Legenda:** Horário Semanal de Outubro 2019 a Janeiro 2020

Em anexo está a tabela nº 2 com as datas das atividades feitas na clínica e respetivas datas entre outubro e março (ANEXO III)

Seguidamente vou apresentar o serviço onde o estágio decorreu e as dinâmicas de grupo que fizeram parte deste estágio.

### **3.4. Hospital de Dia**

O estágio teve início no hospital de dia. Após um período de observação (com uma duração aproximada de 45 dias) ficámos (sob supervisão) responsáveis pelas dinâmicas de grupo, nomeadamente o treino de aptidões sociais e a terapia metacognitiva, as reuniões da manhã e o nosso caso de acompanhamento semanal.



### **3.5. Dinâmicas de Grupo: Psicoeducação, Treino de Aptidões Sociais e Terapia Metacognitiva.**

As dinâmicas de grupo decorreram, numa primeira fase, no hospital de dia, naquilo que se designou de Grupos Psicoeducativos, dirigidos a um conjunto de pessoas que tinham em comum uma perturbação mental.

No dia 10 de janeiro começámos o Treino de Aptidões Sociais na unidade de deficiência moderada e mantivemos a supervisão às 2<sup>as</sup> feiras. As dinâmicas de grupo passaram a ser o grupo psicoeducativo (ANEXO IV, V) em detrimento do anterior para os utentes do curso internamento, aberto a toda a clínica com os temas:

- Psicoeducação na hospitalização (3/03/2020)
- Mitos da saúde mental (10/03/2020)
- Estilo de vida (17/03/2020)
- Higiene do sono
- Ansiedade
- Técnicas de relaxamento
- Educação para a saúde e doença
- *Mindfulness*.

Nestes grupos é transmitida informação sobre uma determinada doença, os sintomas, estratégias de *coping* e um suporte onde se pretende expressar as suas questões, dúvidas, mas também criar um espaço de “normalização” das emoções associadas à doença e resolução de problemas.

Os dois grupos de estagiárias sugeriram temas para serem abordados após reunião como o orientador, tendo em conta que estas sessões seriam abertas a toda a clínica. Inicialmente foram abordados os temas: ansiedade, esquizofrenia, *mindfulness*, bipolaridade e depressão.

Estas sessões implicavam uma inscrição prévia na semana anterior, eram para toda a clínica e decorriam à 2<sup>a</sup>feira, das 14h às 15 horas com uma média de oito pessoas por sessão, os dois psicólogos clínicos e os dois grupos de estagiárias. Cada grupo facilitava uma sessão, e nessa sessão todas as colegas do grupo participavam focando alguns aspetos dentro do tema.

A participação nestes grupos psicoeducativos permitiu-me compreender a importância de falar sobre a doença e os seus sintomas de uma forma clara e objetiva, e como isso pode ser esclarecedor e bem acolhido pelo paciente. Nestes grupos os pacientes tiveram a oportunidade

de dar e receber *feedback* individual e grupal, assim como liberdade para colocarem questões. Quaisquer que fossem, as questões eram bem-recebidas e respondidas.

O treino de aptidões sociais (ANEXO II) decorria às 3<sup>as</sup> das 10h às 11h30. Pretendia-se trabalhar competências dos utentes relacionadas com tudo o que fossem situações sociais e ao mesmo tempo minimizar o desconforto ou ansiedade que pudessem existir. Nesta sessão existiam documentos de suporte (distribuídos a todos) com uma breve explicação de uma determinada aptidão, e passos específicos para treinar esta aptidão. Este treino incluía também atividades de *role-play* para exemplificar esses passos. Havia uma lista com todas as aptidões sociais, os utentes consultavam essa lista e cada um escolhia uma ou mais. Depois havia um momento de diálogo para perceber quais as mais úteis naquele momento para o grupo, nomeadamente se aconteceu algo nessa semana que tornasse essa aprendizagem importante.

Foram trabalhadas as seguintes aptidões sociais:

- responder a queixas;
- recusar pedidos;
- abandonar situações stressantes;
- responder a acusações falsas;
- pedir privacidade.

Em janeiro o treino de aptidões sociais terminou e em fevereiro iniciámos o treino de aptidões sociais na deficiência moderada, às 6<sup>as</sup> feiras, das 9h às 10h. Em cada sessão era discutida uma aptidão social. As seguintes aptidões foram trabalhadas:

- Ter a atenção de uma auxiliar ou irmã;
- pedir ajuda de forma assertiva;
- cumprimentar as outras pessoas;
- pedir privacidade;
- expressar sentimentos negativos de forma não agressiva;
- discordar da opinião do outro sem discutir.

Nestas, a sessão estava dividida em três partes. A primeira parte era sobre a aptidão, na segunda parte era lida uma história que retratava a aptidão como uma forma de compreender melhor a mesma e tudo o que a envolvia, assim como um *role-play* em que exemplificávamos como se devia agir tendo em conta a aptidão. Por fim na terceira parte era questionado se queriam fazer *role-play* entre eles e se havia dúvidas.

Relativamente ao treino de aptidões sociais na deficiência moderada a minha principal aprendizagem foi a de saber conduzir a sessão com pacientes com essa problemática, perceber

que o nível de dificuldade é outro, é necessário, além de tudo, mais paciência, compreensão, *feedback* individual e grupal sempre. Também me foi útil o facto de que tínhamos que escrever uma história sobre a aptidão em específico. Possibilitou-me concretizar ideias que, por vezes, eram mais abstratas.

As aprendizagens que fiz com os grupos de aptidões sociais foram, em primeiro lugar, compreender a importância das mesmas no processo de socialização dos utentes, ainda que nos pareçam competências básicas, para estes pacientes não o são. Em segundo lugar, foi uma atividade que me obrigou a sair da minha “zona de conforto” pois é uma sessão em que o psicólogo intervém bastante e tem que ter preparação.

Outra intervenção que decorreu com os pacientes de curto internamento foi a terapia metacognitiva baseado no *Metacognitive training (MCT) for Psychosis*, Moritz, Woodward, Stevens e Hauschildt.

O objetivo era ajudar os utentes a que pudessem compreender melhor a realidade que, por vezes na doença mental - sobretudo na psicose - pode ser distorcida.

Foram oito sessões de 1h30:

- Sessão 1 - atribuição (culpar e atribuir o crédito a si próprio);
- Sessão 2 - Saltar para conclusões I;
- Sessão 3 – Mudar crenças;
- Sessão 4 – Empatizar I;
- Sessão 5 – Memória;
- Sessão 6 – Empatizar II;
- Sessão 7 – Saltar para conclusões II
- Sessão 8 - Auto-estima e humor.

Estas sessões tinham como suporte *power points* e exercícios para ajudar a compreender e integrar a aprendizagem. Foi sempre pedido *feedback* acerca dos exercícios e dos temas, tanto individualmente como em grupo.

As aprendizagens principais com o grupo de terapia metacognitiva foram, por um lado, conhecer exercícios práticos que ajudassem a consolidar temas relacionados com a saúde mental, por outro preparar-me para a sessão e praticar a forma de dar *feedback*, questionar, pedir para elaborar melhor.

As reuniões da manhã foram realizadas pelas estagiárias, em grupo. Pretendíamos saber como foi o dia anterior do utente, os seus pontos bons e menos bons, bem como os planos para aquele dia. Com isto percebemos como foi o dia do utente, dentro e/ou fora da clínica, se

planeou algo para aquele dia, como o fez, com que objetivos e isso contribui também para que este se organizasse no tempo.

As reuniões da manhã foram sempre interessantes no meu ponto de vista, contribuíram para o paciente se situar no tempo, de forma clara e objetiva, também ajudou na nossa interação com os pacientes e foi uma forma de recolhermos informação sobre como este se poderia sentir naquele dia.

Semanalmente aconteciam as discussões de casos clínicos, um momento de aprendizagem importante onde se cruzava a informação dos psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, professor de psicomotricidade e terapeuta ocupacional, procurando assim conhecer melhor o utente, a sua vida na clínica, o seu comportamento e humor nas diversas atividades e poder decidir de forma mais adequada sobre o futuro daquele, uma vez que a clínica possuía ambulatório, curto internamento, longo internamento e uma residência, e por isso realidades bem distintas.

A discussão de casos clínicos foi a minha atividade em grupo favorita, em parte porque aprendi muito com as intervenções dos psiquiatras - sobretudo ao nível de medicação e do próprio comportamento - e também porque existir um grupo que é constituído por profissionais de várias áreas a dar *feedback* sobre um paciente é muito rico, conseguimos perceber as várias perspetivas e integrar toda a informação.

Outra atividade desenvolvida foram as consultas individuais semanais de acompanhamento psicológico a utentes do longo internamento. Embora me tenha sentido um pouco insegura, foi uma boa experiência, pude colocar em prática as competências que aprendi, aprimorei a escuta ativa e ao mesmo tempo a supervisão ajudou-me bastante a compreender o que poderia fazer melhor.

No entanto, em janeiro o Hospital de dia foi encerrado, como tal deixámos de fazer as reuniões da manhã, o treino de aptidões sociais, a terapia metacognitiva e deixou de haver a discussão de casos clínicos.

### **3.5.1. aplicação da escala whoqol-bref.**

Durante o mês de fevereiro surgiu uma tarefa adicional, que foi a aplicação da escala whoqol-bref . Foi aplicado em fevereiro às utentes de uma das unidades esta escala, com o objetivo de conhecer a qualidade de vida daquela unidade. Ao todo foram 14 utentes e foi útil para treinar as competências relativamente à aplicação de testes psicológicos (neste caso uma escala).

O WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref) foi adaptado para a versão portuguesa por Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona, e Tiago Paredes, em 2006.

Esta escala, com 26 itens, faz uma avaliação subjetiva da qualidade de vida e pode ser usada num largo espectro de perturbações mentais e físicas, bem como em indivíduos saudáveis. O instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

Cada domínio é composto por facetas da qualidade de vida que somam o domínio específico da qualidade de vida em que estão inseridos. Isto permite calcular um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida.

Entretanto, no início de março, fomos requisitadas para facilitar o grupo de reabilitação neurocognitiva na nova unidade para utentes com demência o que não chegou a acontecer devido à interrupção por causa do Covid 19.

### **3.6. Discussão das atividades**

No início do estágio, em novembro, iniciaram as atividades no hospital de dia, as quais assistíamos desde outubro conduzidas pelo supervisor. Estas incluíram as reuniões de dia com os utentes, o treino de aptidões sociais e a terapia metacognitiva. Tudo isto foi efetuado por nós sob supervisão, com recurso a *power points* previamente elaborados (Terapia metacognitiva) e material já feito (aptidões sociais). No caso do grupo psicoeducativo este foi assegurado pelo Dr. Filipe.

O hospital de dia tinha no início vários utentes (cerca de sete) o que criava entusiasmo, *feedback* durante as apresentações, dinamismo e mesmo interesse de ambas as partes.

O facto de termos depois a discussão de casos clínicos (com enfermeiros, psiquiatras, terapeuta ocupacional, psicólogos) permitia-nos conhecer o paciente durante as atividades e depois fazer a relação com a sua doença e sintomatologia, o que foi extremamente rico e útil sob vários aspetos.

Estas atividades foram bem recebidas pelas estagiárias e utentes também. O que foi positivo foi o facto destas me permitirem conhecer as dinâmicas de grupo dentro de uma clínica psiquiátrica e o material que pode ser elaborado. O que foi mais desafiante ou mais difícil para

mim é que, devido à minha timidez e dificuldade em falar em grupo, tive que sair da minha zona de conforto, trazendo-me à lembrança questões internas por resolver.

As expectativas eram a continuação desta dinâmica, o que foi quebrado e não aconteceu. No início causou-me incómodo, tendo depois aceiteado a situação.

Estas sessões decorreram entre novembro e janeiro.

O treino de aptidões sociais era sempre comentado como interessante por parte de alguns utentes que já tinham ideia do que queriam trabalhar. Foi uma experiência enriquecedora perceber como se podem treinar aptidões sociais com utentes com vários diagnósticos diferentes. O que foi mais desafiante foi conseguir facilitar este treino pelo facto de ser demorado e de ser menos estruturado do que a terapia metacognitiva.

Na minha opinião esta atividade podia ter sido mais interessante se trabalhada com dois grupos mais pequenos e uma estagiária com cada um, e seguidamente fazerem o *role-play* entre eles, isto porque o exemplo da situação era sempre feito entre nós estagiárias e apenas, não sendo depois feito por eles, o que a meu ver permitiria uma integração de aprendizagens, neste caso, da aptidão muito maior.

Em janeiro encerraram o hospital de dia levando à supressão das atividades acima referidas.

Em janeiro iniciou o treino de aptidões sociais na deficiência moderada. As sessões decorreram tranquilamente, por vezes eram até um pouco frustrantes, pois não existia qualquer *feedback* da parte das utentes, a capacidade de compreensão era um pouco limitada e parecia não existir diferença entre o que estávamos a fazer ou outra atividade, mas depois a interação melhorou.

Esta atividade deu-nos a oportunidade de aprender a elaborar o material pois, apesar de ser baseado num livro em que existia um exemplo dos passos da aptidão e uma história, nós reescrevíamos uma história semelhante para ajudar a entender a aptidão e os passos. No início também sentimos mais dificuldade de interação, mas algumas semanas após o início foi clara a diferença e as utentes estavam muito mais participativas e bem-dispostas.

O que foi desafiante foi ter por vezes a sensação de não estarmos a fazer um trabalho útil de alguma forma e creio que a nossa intervenção pouco ou nada acrescentou.

As expectativas era que fôssemos mais ao encontro destas, mas penso que a terapia ocupacional cumprirá melhor esse papel. Ainda assim, penso que atingimos o objetivo de conseguirmos trabalhar todas as aptidões sociais a que nos propusemos.

Em março iniciámos uma nova atividade aberta a toda a clínica que foi o grupo psicoeducativo com oito sessões divididas entre nós e as nossas colegas. Nestas sessões pretendia-se dar informação útil sobre saúde mental, a hospitalização e técnicas de relaxamento.

Estas decorreram bem, com muita interação entre nós e as utentes tornando-se não numa sessão explicativa, mas sim numa conversa interessante onde também se esclareceram dúvidas.

Esta atividade, novamente, permitiu uma aprendizagem ao nível da construção de material para estas sessões permitindo-nos resumir informação útil e simplificá-la, por outro conhecer novas utentes da clínica e interagir com as mesmas.

O que foi desafiante foi novamente estar numa atividade de grupo, em que se pretendia não só expor conteúdo mas também interagir, processo mais exigente e que era mais difícil pessoalmente, para mim.

As expectativas era de que haveriam mais pessoas a frequentar estas sessões, e o mesmo não se verificou, na primeira sessão foram cerca de oito, na segunda sessão foram sete, sendo que por vezes algumas utentes se iam embora, no início ou no meio.

Das oito sessões planeadas cumpriram-se apenas três devido ao covid-19.

Em abril iria começar uma nova atividade na nova unidade da clínica de estimulação cognitiva. Esta seria mais uma atividade de grupo, com o objetivo de através de 14 sessões, intervir nos quadros demenciais. Tinha como objetivo melhorar ou impedir a deterioração do funcionamento cognitivo e promover a qualidade de vida no internamento. Devido ao covid 19, não se realizou.

Relativamente às atividades que facilitámos, comparativamente com os outros colegas, sentimos que eram as atividades menos interessantes. Duas outras colegas facilitavam o grupo de apoio e treino cognitivo, enquanto outros dois colegas tiveram bastantes acompanhamentos, de uma forma geral. Durante as sessões era visível a falta de entusiasmo dos utentes de forma geral, adormeciam e vinham pouco motivados. Muitas vezes na reunião falavam com alguma regularidade das atividades das colegas como sendo prazerosas.

No entanto aprendi bastante sobre a sintomatologia da esquizofrenia, perturbação delirante, bipolaridade e perturbação estado-limite, como é uma discussão de casos clínicos, os “caminhos possíveis” dentro da reabilitação.

### **3.7. Apresentação do Caso Clínico**

#### **Identificação Pessoal**

Mariana (nome fictício) é uma senhora caucasiana, do sexo feminino e com 75 anos de idade. Os seus pais já morreram e nenhum deles se licenciou. Não há informações mais detalhadas sobre a sua escolaridade. Mariana nasceu em Portugal, na zona de grande lisboa onde também habitou até aos 70 anos, momento em que foi para o longo internamento da clínica. Tem um irmão mais velho da parte do pai, com quem mantém uma boa relação.

#### **Motivo da consulta/Apresentação do problema**

Foi dada oportunidade às utentes da clínica de ter consultas de psicologia, sendo que todas já tinham tido acompanhamento nos anos anteriores. A D. Mariana quis porque sempre gostou de estar em contacto psicológico, fez psicoterapia durante muitos anos.

Segundo a própria, esta diz querer acompanhamento psicológico devido à ansiedade que sente por vezes, às dificuldades de sono e ao facto de estar farta da clínica.

Foram realizadas 11 sessões de acompanhamento psicológico, com periodicidade semanal e duração de 50 minutos, entre dezembro e março.

A intervenção terapêutica fundamentou-se nos princípios da abordagem centrada na pessoa (apesar da colega do ano anterior se ter fundamentado na abordagem cognitivo-comportamental).

#### **Anamnese Biográfica e História Familiar**

Realizou-se uma primeira entrevista semi-estruturada que a fim de compreender melhor a sua história, a qual se estendeu por três sessões.

Sobre a gravidez da sua mãe esta disse que “ela não queria um menino para não haver ciúmes pois o seu marido já tinha um filho de outra relação” sendo Mariana a única filha do casal. Segundo a D. Mariana: “A minha mãe era desagradada comigo e não me deixava brincar, achava que eu era muito rebelde por isso andei em colégios de freiras. Adorava ir para casa da tia pois era onde estava à vontade” (sic).

O seu desenvolvimento decorreu sem antecedentes, não havendo historial de doença mental na sua família.

Estudou até ao 6º ano e não fez muitas amizades, até porque mudou de escola algumas vezes. “Tive uma infância feliz” (sic).



Aos 18 anos conheceu um rapaz de quem gostou e casaram. O marido trabalhava até muito tarde e por isso decidiu ir trabalhar para uma perfumaria à noite chegando a ser consultora de beleza de uma marca conhecida. Gostava do trabalho, mas aos 20 anos começou a ter sintomas da sua doença (bipolaridade) a qual lhe foi diagnosticada, tendo episódios depressivos recorrentes.

Deixou o emprego por não conseguir trabalhar, o pai ajudou-a a ter uma reforma por invalidez e comprou-lhe uma casa na zona de Lisboa. Segundo a D. Mariana, após saber que o marido ia para a guerra começou a ter graves problemas de sono e passava noites sem dormir. Fez curas de sono e começou a tomar remédios para dormir.

Após o regresso do marido engravidou, primeiro de uma menina e depois de um menino. A sua filha nasceu com problemas de saúde graves (relacionados com a garganta) e teve que ser submetida a várias operações (23), “eu já nem ia ao hospital tal era o sofrimento” (sic), indo no seu lugar a sua mãe.

Aos 28 anos, a D. Mariana encontrou uma marca de batom na camisa do marido e separou-se. Ficou com os filhos recebendo uma pensão de alimentos do ex marido. Passados alguns meses em que cuidou sozinha dos filhos, sentia que não conseguia devido à sua doença e entregou-os aos pais do seu marido. Durante as consultas referiu o facto de que ainda se hoje se questiona se fez bem em separar-se dos seus filhos, verbalizando em várias consultas que se sente culpada por isso.

Fez três curas de sono e teve quatro internamentos por depressão, durante os quais não se levantava da cama, nem conseguia tomar banho. Teve ainda um internamento por mania.

Um destes internamentos aconteceu após o seu filho ter tido um problema de saúde grave: “estava desorientada, não me levantava, não tomava banho, nem o relógio conseguia pôr no pulso. Vim para aqui e em 15 dias puseram-me boa” (sic).

A D. Mariana fez três tentativas de suicídio (não sabemos em que momentos) e já chegou a tomar 20 comprimidos para dormir, inclusive, barbitúricos. Desde os primeiros sintomas da doença que os seus pais a levaram a psicólogos e psiquiatras tendo feito psicoterapia e grupalise.

Alguns anos mais tarde conheceu aquele que foi o seu namorado até ter entrado para a clínica. Segundo ela, viajaram muito, iam regularmente ao cinema e tinham uma boa vida. Nunca viveram juntos nem casaram, algo que ela queria.

Desde que D. Mariana está internada, este homem ajuda-a financeiramente e visita-a todas as semanas: “Somos bons amigos apesar dele ter voltado para a namorada que teve depois de mim” (sic). Falam ao telefone diariamente. Ela refere várias vezes não gostar da sua

namorada pois considera-a oportunista, mas percebe que ele não quer ficar sozinho. Ficou extremamente irritada, depois de saber que ele ia de férias com a namorada para o México e que iam gastar muito dinheiro.

Os seus filhos têm cada um duas filhas. A sua filha vive com as netas nos Estados Unidos da América e o seu filho vive com as filhas na casa que era dela.

Segundo a paciente, viviam todos nesta casa até ao momento em que a mulher do seu filho lhe disse que ou saía ela de casa ou saía ela com as filhas. O filho prometeu lá guardar um quarto, mas na semana seguinte foi à clínica deixar-lhe os pertences que eram dela e estavam nesse quarto. Recorda muitas vezes este episódio com tristeza e zanga.

O seu filho é médico, o que refere muitas vezes, e a sua filha “está muito bem profissionalmente” (sic). Hoje em dia o seu filho diz muitas vezes que ela ao separar-se do pai “deu cabo da vida dele”, mas a filha não sentiu a separação.

Ao todo teve seis internamentos, inclusive um durante as consultas (tudo começou devido a um pesadelo com o filho, acordou a meio da noite a achar que ele tinha morrido, ficou muito desorganizada, desorientada, expansiva, irritável e foi para o curto internamento durante duas semanas).

Toma remédios para dormir desde cerca dos 20 anos, hoje em dia toma o Morfex, diz que “tive que me irritar com o psiquiatra para mo receitar, a dizer-me que não me ia receitar, isso é que era bom, disse-lhe logo ou me receita o Morfex ou acabamos as consultas” (sic). Referiu este medicamento várias vezes em consulta como o único que funciona muito bem.

### **Dados da observação**

Fisicamente a D. Mariana tem uma estatura alta, um pouco altiva, magra (mas diz que já esteve muito gorda), preocupada com a aparência (fala muito das coisas que comprou e das lojas), tem cabelo curto e é muito ativa. Gosta muito de caminhar e sai frequentemente da clínica para ir ver as lojas circundantes, cabeleireiro, café, por vezes almoça fora e vai a um ou outro evento na casa do filho ou da filha (quando ela está cá). A roupa assenta-lhe bem e revela cuidado no que veste e calça. A D. Mariana diz que vai regularmente ao cabeleireiro tratar do cabelo, mãos e pés.

Relativamente às funções psíquicas, mostra-se na maioria dos dias zangada com algo ou alguém, chorou algumas vezes por se sentir fechada na clínica, mostra-se muito revoltada por não poder viver na sua casa que os pais compraram para si. Diz que ali só tem duas amigas, de resto “são umas cobras, não dizem coisa com coisa, o ambiente é mau” (sic).

Verbaliza inúmeras vezes estar farta da clínica e das companheiras do longo internamento. Quando esteve no curto internamento adorou, “havia mais luz natural, corredores enormes, até ajudava a pôr e a tirar a mesa, gostei muito mais das pessoas, falava com toda a gente”. Chegou a dizer em consulta: “vou-me fazer passar por maluca o máximo de tempo que conseguir para não sair de lá”.

Quando foi para o curto internamento e vinha às consultas, gesticulava muito, falava alto, estava irritada e excitada, expansiva, muito zangada. Apresentava regularmente durante as consultas estar em conflito com colegas da clínica, os filhos e o ex- namorado. Muitas vezes em consulta diz que a abandonaram.

A D. Mariana dizia valorizar as consultas, verbalizando “aqui sinto-me segura e posso expressar o que quero. Até deixei de ir às tortas de laranja do marco para vir ter consigo, as tortas posso ir em qualquer dia” (sic)

### **Resumo das consultas**

Foram realizadas 11 consultas (ANEXO I) sendo que uma delas durou apenas 20m por estar cheia de sono (devido à mudança da medicação) e outra consulta terminou mais cedo porque o filho veio ter com ela. As primeiras três consultas foram para entrevista e compreensão da história de vida. Falámos sobre o sono, quando e como começou a ter estes problemas e os seus interesses, visto ela referir constantemente estar farta de estar na clínica pois segundo ela não tem nada para fazer. Destas 11 consultas, duas delas foram relacionadas com o seu internamento por causa do pesadelo com o filho. No geral, as suas conversas iam sempre parar aos filhos ou à vida na clínica.

Como forma de melhor compreender o mundo interno de D. Mariana apresento em seguida as experiências traumatizantes que esta vivenciou e sentiu como tal, tendo mesmo utilizado em consulta a expressão traumatizante.

### **Identificação de experiências traumatizantes na vida de D. Mariana**

A doença e os seus sintomas: O facto da D. Mariana ter sido diagnosticada muito jovem ainda (20 anos), a sua instabilidade de humor, as insónias, o seu humor deprimido e tudo isto lhe ser difícil de gerir, tendo tido que abandonar o trabalho.

A ida do marido para a guerra: segundo a D. Mariana, o facto do ser marido ter ido para a guerra foi muito difícil de aceitar pois tinha medo que lhe acontecesse algo grave. A partir deste acontecimento iniciou a dificuldade em adormecer e a necessidade de remédios para dormir.

A doença da filha: D. Mariana conta que a doença da filha foi, nas suas próprias palavras, traumatizante, tanto que teve que “pedir ajuda para alguém ir com a filha ao hospital pois ela não conseguia lidar com o sofrimento dela e da filha” (sic).

A traição do marido: Quando a D. Mariana faz referência à traição do marido, comenta também o quanto se sente culpada porque por se ter separado, pois teve que entregar os filhos ao cuidado dos sogros.

As 3 tentativas de suicídio que fez ao longo da sua vida: D. Mariana não as comentou comigo, comentou apenas que tinha feito estas três tentativas, não aprofundei no sentido de saber como e quando, por receio e insegurança da minha parte.

A doença grave do filho: O filho de D. Mariana esteve gravemente doente e isso, segundo as suas palavras, foi devastador, sendo que um dos internamentos que teve foi na sequência deste acontecimento, tendo ficado completamente desorganizada.

A revolta e zanga por estar na clínica: Era frequente nas sessões D. Mariana referir o quanto se sentia abandonada pelos filhos e como era difícil estar na clínica.

Para podermos compreender que possíveis recursos tinha a D. Mariana na sua vida, explico em seguida quais foram referidos pela mesma como sendo “ajudas”.

#### Identificação de possíveis recursos na vida de D. Mariana:

A ajuda dos pais: D. Mariana teve sempre o apoio dos pais no que diz respeito a consultas de psicologia, psicoterapia e psiquiatria, sendo que estes a levavam regularmente às consultas e lhe compraram uma casa.

A ajuda do irmão e do ex-namorado: O seu irmão é referido por várias vezes em consulta como alguém que a aconselha em vários momentos da sua vida e o seu ex-namorado também, inclusive financeiramente e visita-a semanalmente.

As netas: fala delas com orgulho e alegria, gostava de viver fora da clínica para as ver crescer mais de perto e estar mais vezes com elas. D. Mariana comenta episódios com as netas com as quais sente alegria e orgulho. Refere que gostava de viver fora da clínica para as ver crescer de perto e estar mais vezes com elas.

No momento presente as maiores dificuldades que D. Mariana expressa são

- Aceitar a sua vida na clínica;
- Aquilo que traz para as consultas é ou a sua vida na clínica e as suas colegas de quem diz não gostar ou a traição, o afastamento dos filhos e o ex-marido;
- Sente dificuldade em preencher o tempo e sentir-se útil pois não gosta da grande maioria das atividades propostas na clínica, e questiona-se muitas vezes sobre como ocupar o tempo;
- Sente-se sozinha e abandonada pela família.

D. Mariana refere várias vezes os conflitos que tem ora com o filho ora com o ex namorado. Nestes conflitos por vezes chora e afirma sentir-se sozinha.

Relativamente às nossas consultas, o foco foi nas questões do sono e na exploração dos interesses em associação com a sua aceitação desta fase da sua vida na clínica (depois de discutido com o supervisor que concordou que devíamos insistir nestes temas). Mais do que insistir foi dada a oportunidade de ser escutada e compreendida.

Tive bastante dificuldade em abordar de forma consistente fosse que tema fosse, pois a D. Mariana “fechava” o assunto e “encerrava” as conversas constantemente, apesar de ter dado bastante informação.

Quando D. Mariana trouxe durante a consulta, o tema do sono, contou-me que tomava comprimidos para dormir desde os 20 anos e em seguida comentou as atividades da clínica. Quando em consulta foram comentadas essas atividade, queixou-se das colegas, referindo não ter paciência para elas ainda que, no entanto, tenha duas amigas.

Quando em consulta foram comentadas as atividades da clínica, esta referiu que tudo o que era feito em trabalhos manuais (pintura, desenho, colagens) lhe era aborrecido e não gostava. Tinha uma televisão no quarto que utilizava regularmente, mas o facto de ter apenas os quatro canais era pouco, pois sempre esteve habituada a ter muitos canais. Relativamente ao

espaço comum com as outras colegas (sala) afirmava muitas vezes não querer estar, uma vez que na sua opinião o ambiente era mau (havia muita crítica e viam programas que ela não gostava).

Comentou por diversas vezes que quando era mais nova adorava ler, mas que atualmente não tinha paciência, mesmo que fosse um livro mais pequeno dizendo “já não tenho paciência para ler” (sic). Comentou também o facto de que gostava de fazer exercício físico, mas que não conseguia pois terminava à hora de início do pequeno almoço sem que esta tivesse tempo de tomar banho.

A propósito ainda da conversa sobre atividades da clínica, foi referida a existência do salão de jogos na clínica com cartas e jogos de tabuleiro, o qual se mostrou interessada, mas nunca chegou a ir. Uma das poucas atividades que participava na clínica estava relacionada com música, filmes e literatura. Foi comentada a hipótese de ouvir rádio no quarto, mas queixava-se que ouvia mal.

Fazia muito poucas atividades das que estão disponíveis o que significava muito tempo livre, algumas vezes utilizado em visitas, passeios, idas ao cabeleireiro, outras pelos corredores da clínica.

A importância, por um lado em ocupar o seu tempo com aquilo que lhe dá prazer, por outro, a questão de aceitar esta sua fase da vida na clínica, com o facto dos seus filhos falarem regularmente com ela e as netas a visitarem, o apoio que tem do seu irmão e do ex-namorado que a visita e lhe telefona diariamente foi reforçada.

Um pouco depois de sair do curto internamento esta começou a jogar ao stop com as colegas da clínica (devido à sugestão de colegas estagiárias de psicologia), algo que foi muito bem recebido e começou a ter um horário fixo acontecendo todos os dias da semana com exceção da 6feira.

D. Mariana não vivia a clínica como algo positivo, mas como uma perda de liberdade e de afeto das pessoas significativas.

## **4. Discussão**

### **4.1 Discussão das Consultas**

Desde o início que a previsão era de termos alguns casos, no entanto foi-nos atribuído apenas um caso (utentes de longo internamento) desde dezembro até março.

O processo de acompanhamento psicológico foi desafiante, a paciente que acompanhei foi sempre acompanhada por psicólogos e psicoterapeutas de diferentes abordagens (segundo me disse fez grupanálise, entre outras que não nomeou) desde os 20 anos. Era interessada e gostava de estar em contacto psicológico, o que me fez questionar a minha intervenção. Esta estava estável, contudo foi internada umas semanas no curto internamento devido a um pesadelo com o filho que a deixou bastante desorganizada.

As aprendizagens possibilitadas por este processo foram o facto de aprender a gerir o tempo, a validar, a compreendê-la empaticamente, a saber fazer perguntas, a trazê-la para a sessão no sentido em que falava demasiado e de assuntos muitos diferentes sem no entanto concluir nenhum.

O que foi mais desafiante, na minha opinião, foi saber o que dizer, como gerir o acompanhamento do início ao fim, aprofundar os conteúdos importantes e ser assertiva quando necessário.

As minhas expectativas eram de que seria difícil de fazer tudo isto, apesar de que isso varia de acordo com o indivíduo, a sintomatologia, a psicopatologia que este apresenta, os traços de personalidade e de facto foi. No entanto, é exatamente isto que quero fazer, é o que quero aprimorar. Também tinha a expectativa de ter mais casos, o que de facto queria mesmo muito que tivesse acontecido, no entanto tal não foi possível, em parte pelo fecho do hospital de dia que fez diminuir bastante o número de utentes na clínica, em parte pela reestruturação e nova unidade da clínica.

O diagnóstico dela não foi para mim difícil de lidar, especialmente quando me contou as suas tentativas de suicídio, as quais não tive “coragem” de aprofundar. O mais desafiante era quando chorava e quando foi internada durante as consultas pois estava extremamente irritada e expansiva. Esta expressava a sua zanga falando alto e gesticulando.

O diagnóstico “aparecia” nas suas constantes alterações de humor, por vezes numa consulta sorria e falava das netas, no momento seguinte contava um episódio com o filho e como estava zangada por ele não lhe telefonar, depois comentava discussões com colegas da clínica e chorava, para depois voltar a falar da visita das netas e sorrir novamente. Era difícil para mim ver estas mudanças de humor e perceber que não tinha conhecimentos para que de

alguma forma a minha intervenção pudesse de alguma forma contribuir para amenizar em algum momento a sua raiva.

As consultas aconteceram sem constrangimentos ou obstáculos, a empatia estabeleceu-se facilmente. Existiram momentos mais complicados, sobretudo após o seu internamento em que esta vinha bastante desorganizada e zangada.

Na minha opinião a entrevista deu-me bastante prazer de realizar, penso que terei conseguido recolher várias informações sem ser intrusiva e deixando-a falar livremente, procurando intervir quando necessário para saber mais. Para mim foi uma experiência rica, durante a qual facto compreendi que estar em contacto psicológico é muito específico e próprio, por um lado aprender a ouvir, por outro aprender a intervir, saber fazer as perguntas de forma a compreender melhor o que nos é dito ou a aprofundar determinada situação ou informação.

O que foi mais desafiante foi o acompanhamento ter sido interrompido devido ao covid 19, não tendo feito o fecho da intervenção.

#### **4.2. Discussão Clínica do Caso Apresentado**

A D. Mariana era uma pessoa muito interessante, com uma história de vida repleta de experiências, algumas foram-lhe bastante difíceis de gerir, tendo tido alguns recursos (psicólogo/psicoterapeuta), os pais, o irmão para a ajudar a gerir. Esta mostrava grande dificuldade em resolver os conflitos que aconteciam, era comum ter discussões com o filho e o ex-namorado. Esta tinha uma zanga e revolta muito grande relativa ao facto de estar no longo internamento.

Esta era alguém que, apesar de gostar de estar em contacto psicológico, continuava a ter dificuldade em lidar com a ansiedade que por vezes sentia, as dificuldades para adormecer estavam atenuadas pelos remédios e centrava-se nos conflitos interpessoais e nas suas queixas, no passado.

Relativamente à Abordagem Centrada na Pessoa, Rogers acreditava que mesmo sob condicionantes adversas, o Ser Humano é capaz de desenvolver autonomia e autodeterminação, este não se limita a reagir aos acontecimentos ou a ser conduzido por eles, pode ser criativo na sua própria realidade. O Ser Humano é motivado para um processo construtivo, o que o leva a sobreviver, a evoluir numa complexidade cada vez maior e autonomia. Cada indivíduo vive no seu mundo subjetivo e único, com a sua própria perspetiva da sua experiência e daquilo que vive e observa à sua volta (Rogers, 1959). A D. Mariana, apesar das circunstâncias adversas, era muito ativa, no sentido de sair da clínica sozinha, ir sempre às consultas, estar em contacto com os seus filhos e netas, expressar as suas dificuldades.



Mariana é apesar de tudo alguém que gostava de socializar (via alguns programas de tv com as colegas, jogava ao stop, vai aos passeios que a clínica organiza, gostava de sair (não se isolava) e tratava do cabelo, mãos e pés, às vezes ia à casa de familiares (filhos).

A atitude do terapeuta, de respeito e integridade pelo cliente tem uma grande influência nas sessões. Assim, o respeito pela integridade da pessoa manifesta-se através de atitudes como o respeito pela autonomia pessoal do cliente, a crença na capacidade de ajustamento da pessoa, o respeito pela pessoa, a tolerância e aceitação da diferença e o desejo de ajudar o cliente a compreender e a aceitar-se a si mesmo. Desta forma, o cliente é ajudado a sentir-se livre para expressar o que desejar, trazer à superfície o que possa estar reprimido, através da permissividade que esta abordagem proporciona levando o cliente a aceitar a responsabilidade de enfrentar os seus problemas (Rogers & Wallen, 2000).

Nas sessões fiz algumas perguntas para perceber melhor ou mesmo para que a paciente elaborasse melhor algum assunto. Esta respondeu sempre sem constrangimentos, verbalizou que se sentia segura ali, que se sentia bem, e que aquela hora era imprescindível para si.

Relativamente ao progresso do cliente este pode ser resumido em cinco estádios: o cliente vem para ser ajudado, expressa livremente atitudes emocionais e isso conduz ao desenvolvimento de insights, estes resultam em planeamento e ações positivas e o cliente termina as sessões. Os cinco estádios fundem-se uns nos outros e podem ajudar a orientar o terapeuta no progresso do cliente (Rogers & Wallen, 2000). Neste caso, eu e a paciente desenvolvemos uma relação empática, com uma boa comunicação em que consegui que ela expressasse tudo o que sentia tanto sobre as situações do seu passado como do presente sem julgamentos, no entanto foi muito pouco tempo de acompanhamento.

Não houve fecho das sessões tendo estas sido interrompidas devido ao novo Coronavírus.

As maiores dificuldades que tive são a insegurança, pelo facto de não ter percebido imediatamente o facto de “fechar” assuntos constantemente, compreendendo no momento que seria por outro motivo como não querer falar de um assunto específico naquele momento. Apenas com o decorrer das consultas fui percebendo que era constante e ao falar com o supervisor compreendi que era importante aprofundar determinados assuntos. O facto de não ter sido a paciente a pedir, mas sim o *staff* da clínica a averiguar se havia interesse em ter acompanhamento psicológico tornou o pedido pouco claro, na minha opinião.

O facto de perceber que ela gosta de facto de ter consultas de psicologia e sente que são positivas, no entanto tinha dificuldade em aprofundar os assuntos saltando de tema em tema,

fechava assuntos encontrando uma dificuldade em tudo. Como conclusão seria importante ter fechado as sessões em vez do fim abrupto das mesmas.

## Conclusão

O estágio foi e é por excelência uma fase de aprendizagem, de transmissão de conhecimento recíproco, de partilha de saberes e de facto assim foi.

Aprendi muito do que se aprende na universidade na prática, conheci pacientes com várias psicopatologias, o que foi extremamente interessante e reforçou o facto de querer no futuro trabalhar com estes pacientes intervindo no contexto da psicologia clínica em gabinete privado ou clínica psiquiátrica ou de psicologia. Aprendi também com estes pacientes a compreender um pouco melhor como interagem em grupo, como lidam com a sua sintomatologia e a doença.

As atividades de grupo foram para mim mais desafiantes, no entanto houve aprendizagens ricas e importantes. A que destaco como mais relevante é a psicoeducação. É de facto bastante útil para estes pacientes (internados em clínica psiquiátrica) serem muito bem informados sobre tudo o que se relaciona com a sua doença, alguns verbalizaram mesmo que já tinham ouvido muita coisa sobre a sua doença, mas não de forma tão objetiva e clara. Isto ajudou a relativizar e também a diminuir o sentimento de culpa por vezes associado a quem sofre de doença mental de forma crónica.

O meu supervisor foi sempre atento e atencioso no seu papel de me orientar fosse relativamente às consultas fosse relativamente a termos mais atividades para um estágio mais rico, o que foi importante devido ao fecho do hospital de dia e consequentemente das suas atividades. Para isso surgiu a aplicação da escala whoqol-bref a algumas utentes, o treino de aptidões sociais na deficiência moderada e a estimulação cognitiva a utentes com demência.

As consultas foram a atividade que contribuiu mais para a minha formação, enquanto psicóloga. Apesar de não ser fácil é aquilo que quero mesmo fazer e aprimorar. Foi muito enriquecedor para mim, enquanto pessoa, conhecer o mundo interno de outra, perceber como esta vê o mundo e os seus acontecimentos, a sua perspetiva, o seu olhar que é único.

O que foi também para mim mais relevante e rico foi a discussão de casos clínicos, foi interessantíssimo conhecer as diversas perspetivas de tratamento face ao mesmo paciente, as intervenções das psiquiatras eram sempre muito ricas e sem dúvida acho que é ideal poder trabalhar num meio onde existe transdisciplinaridade, ou seja, uma preocupação entre as várias áreas do saber promovendo um diálogo e cooperando, percebendo o que é melhor para aquele indivíduo.

O que me causou frustração, no estágio, foi o facto do hospital de dia ter fechado e isso ter causado muitas mudanças, não vi até ao momento que tenham sido para melhor, porque devido ao hospital de dia (em que os utentes que o frequentavam eram ou do curto internamento ou de consultas externas) houve menos pacientes a frequentar a clínica, com menos atividades, etc. O que menos achei positivo também foi o facto de ter tido só um caso, era importante ter mais visto ser exatamente essa tarefa que quero aprimorar, mas nas atividades de grupo também pude ter contacto com utentes com várias psicopatologias e isso também foi útil e interessante.

A minha motivação inicial para fazer o estágio numa clínica de psiquiatria prendeu-se com a o facto de conhecermos vários pacientes com diagnósticos diferentes e poder compreender como se sente, qual o comportamento de um indivíduo com esquizofrenia, bipolar, perturbação paranoide, na “prática”. Também acredito que seja um meio onde podemos perceber melhor a doença mental, as limitações, o apoio ou não da família, quais as alternativas na comunidade.

Para mim o estágio foi muito positivo, apesar de terem existido algumas mudanças e o que estava previsto inicialmente não teve continuação. No entanto, as mudanças fazem parte da vida e ensinam-nos a sermos flexíveis e a adaptarmo-nos aos acontecimentos imprevistos.

Foi muito positivo para mim ver o trabalho de um psicólogo no dia-a-dia de uma clínica com imensos pacientes, várias perturbações diferentes, alguns com diagnósticos inconclusivos, outros com mais do que um diagnóstico. É bastante diferente da teoria a que estamos habituados na via académica e que faz parte de qualquer aprendizagem inicial.

Foi muito importante para mim assistir à atuação do meu orientador, tanto nas dinâmicas de grupo com intervenções sempre pertinentes e bem articuladas como na supervisão dos casos clínicos. Preocupou-se sempre comigo e as colegas estagiárias, tendo sido atencioso e preocupado quanto ao nosso trabalho de estágio.

Algumas atividades em grupo fizeram-me sair da minha zona de conforto, sobretudo o treino de aptidões sociais, pois o psicólogo, a meu ver está bastante exposto e “por sua conta”, um pouco diferente da terapia metacognitiva em que tínhamos *power points* que eram expostos na televisão para todos e tudo era feito com conjunto.

As consultas foram prazerosas para mim, achei curioso algumas coisas na história de vida da minha paciente e como de alguma forma há sempre algo que toca na nossa história de vida.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, *154*(4), 1-63.
- Araujo, T. C. C. F. D. (2007). Psicologia da reabilitação: Pesquisa aplicada à intervenção hospitalar. *Revista da SBPH*, *10*(2), 63-72.
- Atadokht, A., Ebrahimzadeh, S., & Mikaeeli, N. (2019). The Effectiveness of Humor Skills Training on Positive and Negative Symptoms of Chronic Schizophrenia Spectrum. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, *29*(1), 15-21.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2013). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. Guilford Publications.
- Ben-Zeev, D., Brenner, C. J., Begale, M., Duffecy, J., Mohr, D. C., & Mueser, K. T. (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *40*(6), 1244-1253.
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, *1*(2), 18-23.
- Bozzatello, P., Bellino, S., De Marzi, G., Macrì, A., Piterà, R., Montemagni, C., & Rocca, P. (2019). Effectiveness of psychosocial treatments on symptoms and functional domains in schizophrenia spectrum disorders: a prospective study in a real-world setting. *Disability and rehabilitation*, *41*(23), 2799-2806.
- Brady, J. P. (1984). Social skills training for psychiatric patients, II: Clinical outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, *141*(4), 491-498.
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68.
- Canal, P., & Cruz, R. M. (2013). Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. *Estudos de psicologia (Campinas)*, *30*(4), 593-601.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(1), 87-94.

- Carvalho, J. C. M. D. (2012). Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge.
- Chien, W. T., Cheng, H. Y., McMaster, T. W., Yip, A. L., & Wong, J. C. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia: An 18-month randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 212, 140-149.
- Chowdur, R., Dharitri, R., Kalyanasundaram, S., & Suryanarayana, R. N. (2011). Efficacy of psychosocial rehabilitation program: The RFS experience. *Indian journal of psychiatry*, 53(1), 45.
- Conning, A. M. (1991). The role of the psychologist in psychiatric rehabilitation. *International review of psychiatry*, 3(1), 83-93.
- Cruz, J. P., & Más, M. B. (1997). Treino de aptidões sociais e terapia cognitiva na esquizofrenia paranóide. *Psychiatry Online Brazil-Current Issues [periódico online]*.
- de Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em saúde*, 23.
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 23-26.
- Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E., & Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology review*, 15(2), 73-95.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- Fonseca, A. M. R. (2012). O Papel do Psicólogo na Reabilitação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1(1), 59-64.
- Gold, J. M., & Harvey, P. D. (1993). Cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, 16(2), 295-312.

Gomes, W. B., & Castro, T. G. D. (2010). Clínica fenomenológica: do método de pesquisa para a prática psicoterapêutica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(SPE), 81-93.

Gruska, V., & Dimenstein, M. (2015). Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicologia Clínica*, 27(1), 101-122.

Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *Rev. enferm. UERJ*, 217-221.

Instituto Nacional de Estatística (INE) retirado de <https://ine.pt>

Jamoulle, M. (2000). Quaternary prevention: *prevention as you never heard before*, disponível em <http://ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>

Kanas, N. (1986). Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36(3), 339-351.

Leal, E. M. (2004). Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental Sujeito, Produção e Cidadania*, 11-22.

Lieberman, R.P. (2008). Recovery from disability: *manual of psychiatric rehabilitation*, American Psychiatric Publishing, Washington DC – London, England.

Lussi, I. A. D. O., Pereira, M. A. O., & Pereira Junior, A. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 448-456.

Mânica, G., & Tessmer, L. (2007). Terapeuta de referência: uma visão referenciada por profissionais da Saúde Mental. *Psicologia Hospitalar*, 5(2), 89-111.

Manning, J. J., Hooke, G. R., Tannenbaum, D. A., Blythe, T. H., & Clarke, T. M. (1994). Intensive cognitive-behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(4), 667-674.

Marques, A., & Queirós, C. (2006). Reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental em Portugal.

Martins, J. S. A. (2015). *A família como parceiro no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental* (Doctoral dissertation, [sn]).

- Messias, J. C. C., & Cury, V. E. (2006). Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiencição. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 19(3), 355-361.
- Monteiro, L. D. C., & Louzã, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: conseqüências funcionais e abordagens terapêuticas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 179-183.
- Moreira, J. D. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. D. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(4), 608-621.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544.
- Moritz, Woodward. Stevens & Hauschildt, 2007, *Metacognitive Training (MCT)*, UniversitätsKlinikum Hamburg-Eppendorf.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58(11), 1461-1466.
- Oliveira, A. S. R. D. S. (2011). *Conceptualização Histórica da Esquizofrenia*.
- Oliveira, E. (2011). *Análise comparativa dos Estilos de Vida, Capacidade Funcional e qualidade de vida de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia em função do contexto de inserção. Hospital Psiquiátrico versus estruturas residenciais de reabilitação* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto).
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a saúde mental em Portugal. *Gazeta Médica*.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*, 35(1), 103-109.
- Prado, F. K. M., Lourenço, M. A. D. M., Souza, L. B. D., Placeres, A. F., Cândido, F. C. D. A., Zanim, G., ... & Fiorati, R. C. (2020). Acompanhamento terapêutico e intervenção em rede como estratégia na atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1).
- Prata, I. (2008). Terapeutas de Referência–Espécie em vias de Renascimento?.



- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. D. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(43), 177-187.
- Ribeiro, A. M. (2009). A ideia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 73-83.
- Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de psicologia*, 60(2), 32-39.
- Roessler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry*, 5(3), 151.
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Education*, 100(2), 98-107.
- Rogers, C., & Wallen, J. L. (1945). *Manual de counselling*.
- Saha, S., Chauhan, A., Buch, B., Makwana, S., Vikar, S., Kotwani, P., & Pandya, A. (2020). Psychosocial rehabilitation of people living with mental illness: Lessons learned from community-based psychiatric rehabilitation centres in Gujarat. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 892.
- Santos, M. J. H. D. (2000). Esquizofrenia: perspectivas actuais de reabilitação psicossocial. *Psicologia*, 14(1), 91-109.
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 56-58.
- Silva, R. C. B. D. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia Usp*, 17(4), 263-285.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) retirado de <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>.
- Straub, R. O. (2005). Introdução à Psicologia da saúde. *Straub RO. Psicologia da Saúde. Porto Alegre: Artmed*.

- Strauss, M. E. (1993). Relations of symptoms to cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 215-232.
- Teixeira, C. C. (2014). *Contributos para o Desenvolvimento de Serviços de Reabilitação Psicossocial/Psiquiátrica em Portugal: Situação atual, barreiras e desafios* (Doctoral dissertation).
- Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M. V., & Gonçalves, P. (2009). Reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia: estudo de caso. *Psychologica*, (50), 97-139.
- Teixeira, J. A. C., & Leal, I. P. (1990). Psicologia da saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 8, 453-458.
- Torrey, E. F. (2002). Studies of individuals with schizophrenia never treated with antipsychotic medications: a review. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 101-115.
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., ... & Relvas, J. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058.
- Vieira, J. (2013). Reabilitação cognitiva na esquizofrenia. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 11, 22-42.
- Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2012). Social skills training in psychiatry. *Act Nerv Super Rediviva*, 54(4), 159-70.
- Waisberg, A. D., Veronez, F. D. S., Tavano, L. D. A., & Pimentel, M. C. (2008). A atuação do psicólogo na unidade de internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 52-65.
- Wood, J. K., Doxsey, J. R., Assumpcao, M. L., Tassimari, M. A., Japur, M., Serra, M. A., ... & Loureiro, S. R. (1994). Abordagem centrada na pessoa.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization.

