



Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Relatório de Estágio: Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Supervisor: Prof.^a Dr.^a Alexandra Serra

Orientador: Dr.^a Vânia Almeida

Martina Gonçalves Oliveira, 12241

Gandra, Janeiro de 2017

Índice

I.	Caracterização da Instituição/Serviço	5
1.1.	Local de Estágio.....	5
1.2.	Papel do Psicólogo na Instituição	9
II.	Descrição das atividades de Estágio	11
2.1.	Reuniões de Orientação.....	11
2.2.	Reuniões de Supervisão	12
2.3.	Avaliação Psicológica	12
2.4.	Consulta Psicológica.....	13
2.5.	Estudo de caso C.P.	14
2.5.1.	Identificação do Doente	14
2.5.2.	Motivo/Pedido.....	14
2.5.3.	História de Vida	15
2.5.4.	Processo de avaliação psicológica	18
2.5.5.	Enquadramento/ Análise Concetual	20
2.5.6.	Processo de Intervenção	23
2.5.7.	Reflexão sobre o caso	24
2.6.	Intervenção de Grupo	25
2.6.1.	Procedimento	26
2.6.2.	Descrição das Sessões	28
2.7.	Formação ao Serviço.....	34
III.	Reflexão Final.....	36
IV.	Referências Bibliográficas.....	37

Índice de Anexos

ANEXO 1:	Mini Mental State Examination	39
ANEXO 2:	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	41
ANEXO 3:	Exemplo de Relatório de Avaliação	43
ANEXO 4:	Mini Mental State Examination	45
ANEXO 5:	Inventário Depressivo de Beck.....	47
ANEXO 6:	Brief Symptom Inventory	52
ANEXO 7:	Questionario de Trauma ICD-10	55
ANEXO 8:	Power Point da Formação ao Serviço	60
ANEXO 9:	Poster da Formação ao Serviço.....	70

Introdução

A elaboração do presente relatório decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia e tem como objetivo a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas no estágio realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). A UCCI encontra-se integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que tem por missão prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem numa situação de dependência temporária ou permanente, para uma recuperação física e mental facilitadora da reintegração social e familiar

Com este documento pretende-se descrever as atividades de estágio desenvolvidas, caracterizando-as, descrevendo os seus objetivos e enumerando as competências adquiridas. Pretende-se também explicar analiticamente quais as formas de intervenção no caso de indivíduos com patologia física e psicológica associadas, dando especial atenção às repercussões da doença no funcionamento mental dos mesmos. Pretende-se também fazer uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso desenvolvido e identificar as competências adquiridas.

O desenvolvimento deste relatório está estruturado em duas partes distintas de forma a facilitar a sua consulta e compreensão. Assim, no primeiro capítulo procede-se ao enquadramento geral do estágio e do local onde este decorreu, explicando em pormenor as questões do funcionamento do serviço. Ainda neste capítulo, expõe-se as principais características do Psicólogo em contexto hospitalar no geral e especificamente na instituição onde decorre o estágio, através de uma perspetiva reflexiva que integra a minha visão do próprio estágio.

O capítulo seguinte é dedicado à exploração descritiva das atividades desenvolvidas na instituição, onde se procede à integração de um estudo de

caso, que inclui a descrição do mesmo e a respetiva reflexão crítica. Neste capítulo abordamos o trabalho desenvolvido no âmbito da Intervenção de Grupo, e expomos a formação ao serviço que organizamos, subordinada ao tema da Comunicação de Más Notícias.

Este trabalho termina com uma reflexão crítica geral relativamente ao percurso de estágio, às limitações encontradas e às aprendizagens adquiridas.

I. Caracterização da Instituição/Serviço

O estágio académico realizado surgiu no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, tendo decorrido no período compreendido entre outubro de 2015 e Julho de 2016. A responsável pela supervisão do estágio foi a Prof.^a Dr.^a Alexandra Serra, docente no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Este estágio realizou-se numa instituição hospitalar privada da área do Grande Porto, integrado especificamente num serviço de Cuidados Continuados Integrados, sob a orientação da Dr.^a Vânia Almeida.

1.1. Local de Estágio

O Hospital onde decorre o presente estágio situa-se no coração de uma cidade periférica do Grande Porto e serve a população do conselho, de 83.064 habitantes. Orienta também a sua influência para os conselhos circundantes, totalizando uma população de 200.000 habitantes.

Foi inaugurado em 1966, no entanto em 1977 foi nacionalizado pelo Estado, funcionando como tal até Novembro de 2001. Posteriormente, sob orientação de outra direção, este edifício foi remodelado e ampliado, desenvolvendo-se um programa funcional, projetos de arquitetura e respetivas especialidades tendo sempre em conta o cumprimento da legislação, a excelência técnica e a qualidade, tendo adquirido para o efeito equipamentos médicos e tecnologia de ponta.

Após as mudanças foi inaugurado como Hospital Privado em 2008, e pauta-se pelo respeito, pela dignidade e bem-estar dos utentes, pela competência e inovação na prestação de cuidados. Destaca-se como uma unidade hospitalar capaz de servir a população desta área, e reúne um corpo clínico experiente, disponibilizando a maioria das especialidades médicas e cirúrgicas, a que soma um leque completo de meios complementares de diagnóstico. É composto por especialidades como: anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia oral, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, dermatologia,

doenças infecciosas, cardiologia, fisioterapia, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, implantologia, radiologia, medicina geral e familiar, psicologia e medicina dentária. Também é composto pelos serviços de exames de diagnóstico, análises clínicas, bloco operatório, internamento, e atendimento permanente de 24 horas.

O presente estágio curricular insere-se num dos serviços deste hospital, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). A UCCI é um estabelecimento integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e exerce a sua atividade em articulação com outros sectores e organismos que integram a rede.

A RNCCI é um novo modelo organizacional, criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. É formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada, a pessoas que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente, para uma recuperação física e mental facilitadora da reintegração social e familiar. Assim, os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, assegurando aos utentes cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e da fala, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta: (1) Unidades de Internamento; (2) Equipas Hospitalares; (3) Unidades de Ambulatório e (4) Equipas Domiciliárias. As Unidades de Internamento asseguram Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

Este estágio é integrado especificamente num serviço de internamento, composto por duas unidades distintas:

- **Unidade de Convalescença (UC)** que se destina a doentes com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável até 30 dias, para estabilização clínica e funcional, e também para cuidados ao nível da reabilitação clínica e da medicina física. Os critérios de admissão nesta

valência são: (1) necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes, reabilitação intensiva, alimentação por sonda nasogástrica e tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas; (2) manutenção e tratamento de estomas e terapêutica parentérica; (3) medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva, necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada; (4) tratamento de síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo, como depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; (5) indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias.

- **Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)** visa prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de um processo agudo ou descompensação patológica em pessoas com perda transitória da autonomia, potencialmente recuperável até 90 dias. Os critérios de admissão nesta valência são: (1) necessidade de cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes; (2) reabilitação intensiva, medidas de suporte respiratório, aspiração de secreções, ventilação não invasiva e prevenção ou tratamento de úlceras; (3) manutenção e tratamento de estomas, tratamento de síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo, como depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção e indicação para programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias.

Ambas as unidades de internamento têm espaços próprios, em pisos diferenciados, em cada um é constituído por 10 quartos e têm capacidade para 17 camas. Em termos de recursos materiais, a UCCI dispõe dos equipamentos necessários à prestação de cuidados aos utentes, com segurança e qualidade. Garante a cada utente mobiliário exclusivo para a acomodação de vestuário e objetos pessoais, respetivamente, armário e mesa-de-cabeceira. Todos os quartos dispõem de instalação sanitária privada, ar condicionado, rede de gases medicinais, televisão e internet. Tem ainda as áreas e instalações indispensáveis ao funcionamento das unidades, como receção/atendimento, área de

internamento, área de prestação de cuidados, nomeadamente de tratamento e reabilitação, áreas de apoio às áreas médicas, nomeadamente rouparia, áreas de sujios, limpos e material esterilizado, áreas de apoio à alimentação, convívio e sala de estar para visitas, serviços de direção e serviços técnicos.

Em cada unidade, integra uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentista, auxiliares operacionais, equipa administrativa, terapeuta da fala e psicólogo que asseguram cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e da fala, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, bem como convívio e lazer.

Os valores que a instituição defende, passam pela humanização dos cuidados prestados, pela qualidade técnica dos profissionais de saúde que integram a unidade, pela dedicação e empenho de toda a equipa, quer com o utente, quer com a sua família. Isto sem nunca descurar a busca pela melhoria contínua, a responsabilidade social e o respeito pelos princípios éticos.

A intervenção só poderá ser bem-sucedida se existirem garantias de que o clima de comunicação entre todos é respeitado, pelo que há um contato direto com as famílias/cuidadores e estes são envolvidos no Plano de Intervenção Global, sendo, que para tal são realizadas conferências familiares que possibilitam a partilha da informação e de sentimentos e a programação das atitudes necessárias ao seu regresso ao domicílio. Nestas reuniões estarão presentes sempre que possível, todos os membros da equipa de saúde que acompanha o utente.

O processo de admissão dos utentes passa pela referenciação da RNCCI, de doentes que preencham os pré-requisitos referidos anteriormente. No processo de referenciação é enviada à UCCI toda a documentação identificativa, administrativa, clínica e social imprescindível à constituição do processo do utente e à preparação do plano de intervenção da equipa da UCCI. O plano individual de cuidados continuados requer uma intervenção multidisciplinar e é elaborado após a admissão do utente, sendo revisto periodicamente. A entrada do utente deve ocorrer até às 18:00h, salvo em situações excecionais das quais tenha sido dado conhecimento prévio à UCCI. O processo individual do utente é único e reúne toda a informação clínica, social e administrativa, incluindo

obrigatoriamente o registo de admissão, o diagnóstico principal e secundário, o plano individual de intervenção multidisciplinar e as escalas de avaliação de dependência aplicada, pelo menos aquando da admissão e da alta. Além disso, contém os registos de cuidados prestados e o registo de intervenção semanal e eventual reformulação do plano de intervenção.

A alta clínica é da exclusiva responsabilidade da equipa de saúde e é planeada desde a sua admissão. É entregue ao utente uma carta que contém um resumo da evolução durante o internamento, caracterizando o seu estado de saúde e qual o tratamento em curso, assim como as propostas de seguimento do médico após a alta. É também entregue uma carta, com conselhos e orientações de enfermagem e/ou sociais a seguir, bem como informações sobre marcações de consultas e meios auxiliares de diagnóstico subsequentes.

1.2. Papel do Psicólogo na Instituição

O ambiente hospitalar é um contexto em que se coloca em ambivalência os sentimentos de vida e morte, cura e sofrimento, qualidade de vida plena e limitada, alegria e tristeza (Baptista & Dias, 2003; *cit in* Saldanha, Rosa & Cruz, 2013), expondo o paciente e a família ao sofrimento de se encontrarem numa situação de vulnerabilidade e sofrimento. O paciente fica longe de sua rotina doméstica e do círculo social com o qual convivia, muitas vezes colocando em risco sua resposta e evolução ao tratamento. Assim, a psicologia tem um importante papel em todas as áreas da vida humana, seja no trabalho, na família, nas relações sociais e principalmente em relação a saúde (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013).

O indivíduo em condições de internamento hospitalar encontra-se debilitado pelo seu estado de saúde de quadro orgânico, o que muitas vezes desencadeia quadros clínicos de ansiedade, angústia, traços depressivos momentâneos e diversas dúvidas sobre a patologia da qual é portador. O paciente precisa de atenção da equipa médica, da equipa de enfermagem e de intervenção psicológica (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013).

A atuação do Psicólogo em hospitais visa o acompanhamento de utentes em situações de vulnerabilidade frente a complicações de saúde, considerando os aspetos clínicos, sociais e de saúde pública, tendo sempre como objetivo o

bem-estar individual e social do utente, integrando as informações de toda a equipa profissional envolvida na reabilitação. Assim, o psicólogo realiza uma avaliação geral das condições emocionais do paciente, reconhecendo a proveniência do utente, o motivo do internamento, o diagnóstico principal e os demais associados, e os sentimentos do paciente em relação a doença e ao internamento (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013).

Rodriguez-Marín (2003; *cit in* Castro & Bornholdt, 2004) enumera as seis tarefas básicas do psicólogo em contexto hospitalar: 1) função de coordenação, relativamente às atividades com os profissionais do hospital; 2) função de facilitar a adaptação, em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do utente; 3) função de interconsulta, ajudando os outros profissionais a lidarem com o utente; 4) função de enlace, intervindo na modificação ou promoção de comportamentos adequados dos utentes, através do delineamento e execução de programas em conjunto com outros profissionais; 5) função de assistência direta: atua diretamente com o paciente, e 6) função de gestão de recursos humanos, de forma a aprimorar os serviços dos profissionais da instituição (Castro & Bornholdt, 2004).

Na UCC especificamente, o papel do psicólogo é de extrema importância, uma vez que, em conformidade com a equipa multidisciplinar, faz parte das suas funções o rastreio e avaliação das necessidades de apoio psicológico dos utentes internados, bem como os procedimentos de diagnóstico e de intervenção. É privilegiada também a adesão medicamentosa e comportamental à reabilitação do utente, no sentido de promover positivamente a sua qualidade de vida na doença. A valência de psicologia, visa também, permitir um espaço ao utente e à respetiva família que providencie os recursos necessários ao desenvolvimento e manutenção do seu bem-estar psicológico.

A intervenção com os utentes é realizada de acordo com as necessidades identificadas na avaliação inicial, caso se justifique. Quando esta não é necessária, é realizada a supervisão e evolução do estado de saúde. É importante salientar que a intervenção só acontece, caso o utente aceite. Na UMDR, em que o período máximo de internamento é de 90 dias, realiza-se uma reavaliação a meio do internamento e outra na reta final. No final do internamento é realizada uma avaliação para a nota de alta, onde em princípio não se administra nenhuma escala, mas exploram-se algumas questões de forma a

verificar se houve alguma alteração do estado psicoemocional. O protocolo de avaliação utilizado contém o Mini Mental State Examination e o MOCA, pois são escalas validadas a nível jurídico. Há possibilidade de utilizar outras escalas de avaliação e diagnóstico, caso se justifique, nomeadamente a Escala de Depressão Geriátrica.

Apesar de ser uma intervenção adequada ao local, existem limitações nomeadamente ao nível de falta de infraestruturas, por dificuldades financeiras da instituição. Há desta forma défice de instalações que permitam uma intervenção e *setting* adequados, nomeadamente um gabinete de psicologia. Ao nível dos recursos humanos, deveria fazer parte integrante da equipa um neuropsicólogo, que avaliasse e estimulasse as capacidades cognitivas dos utentes, de forma a otimizar os resultados da reabilitação.

Desta forma, e em conformidade com a bibliografia, o papel do psicólogo no internamento de Unidades Continuadas Integradas, tem como objetivo promover a autonomia e funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

II. Descrição das atividades de Estágio

2.1. Reuniões de Orientação

As reuniões de orientação mostraram-se de grande importância e decorreram desde o início do estágio. Neste espaço, foi-me permitido discutir e expor a visão pessoal dos casos, esclarecer dúvidas e dificuldades. A presença da Dr.^a Vânia no local de estágio permitiu que todas as dúvidas fossem esclarecidas, quase sempre em seguida às avaliações. Os casos eram analisados procurando perceber as necessidades dos utentes e como melhor intervir. De igual forma, eram analisadas as minhas emoções para com os utentes o que me proporcionou um crescente autoconhecimento.

2.2. Reuniões de Supervisão

Além das reuniões de orientação, pude ainda contar com reuniões de supervisão, de periodicidade quinzenal, ao longo de todo o estágio, com a Prof.^a Dr.^a Alexandra Serra, cujo objetivo fora a troca de experiências, a discussão e reflexão sobre o trabalho que estava a ser desenvolvido. Assim, nestas reuniões apresentamos e discutimos casos clínicos, bem como as problemáticas em questão, sugerimos e exploramos formas de intervenção para cada caso e analisamos o percurso ao longo do estágio. Nestas reuniões encontrávamos um espaço onde era possível expressar angústias, dúvidas e obter apoio, bem como um outro olhar sobre as nossas problemáticas.

2.3. Avaliação Psicológica

O procedimento de avaliação psicológica dos utentes era transversal e realizada a todos, sem exceção, os que davam entrada no serviço da UCC. A avaliação começava com a recolha da história pessoal e clínica constante no processo individual do utente. Posteriormente usamos como principal recurso um protocolo de avaliação psicológica definido pela instituição, que integrava os seguintes instrumentos:

Mini Mental State Examination (MMSE)

É um instrumento de *screening* de rastreio cognitivo, altamente sensível aos sinais de demência. Simples de usar, pode ser facilmente administrada em 5/10 minutos. O MMSE é composto por várias questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, com um total de 30 itens, cada uma desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória evocativa (3 pontos), linguagem e escrita (8 pontos) e capacidade visuo-construtiva (1 ponto). A pontuação dada a cada item é de 1 ou 0, portanto a pontuação total varia entre o mínimo de 0 até ao máximo de 30 pontos. A pontuação do MMSE sofre uma influência significativa da idade e da escolaridade do indivíduo, sendo assim necessário utilizar pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade.

Foi utilizada a versão em português traduzida por Bertolucci *et al.* (1994). Tombaugh & McIntyre (1992) comprovaram que esta escala tem boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste (Anexo 1).

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15)

É um instrumento utilizado para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos, que possibilita também a monitorização da gravidade destes sintomas. Esta escala é de fácil aplicação, é composta por quinze perguntas direcionadas para os sintomas depressivos comuns nos idosos e não para as queixas físicas associadas à depressão, que podem ser atribuídas a outras doenças. Almeida & Almeida (1999) demonstraram recentemente que as versões brasileiras da GDS-15 oferecem medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo major, de acordo com os critérios do CID-10 e do DSM-IV. Esta escala é utilizada quando se justifica, nos casos em que os doentes apresentam sintomatologia depressiva (Anexo 2)

A oportunidade de utilizar outros testes e escalas era sempre uma opção, quando devidamente justificada após a realização da primeira avaliação e identificação de eventuais sinais que sugerissem a necessidade de recorrer a outros tipos de avaliação.

Da avaliação psicológica dos utentes fazia também parte a análise de vários outros fatores de funcionamento psicológico, nomeadamente a orientação auto e alopsíquica, a integridade do insight, a manifestação do humor, a qualidade do discurso, a adequação da mímica, a existência de eventuais alterações da sensopercepção e do pensamento, o grau de motivação para a reabilitação e a qualidade do sono e do apetite. Além disso, em todas as avaliações, parte do tempo era dedicado à exploração da vida social e familiar do utente, de forma a perceber o grau de suporte social que cada um usufruía (Anexo 3)

2.4. Consulta Psicológica

No decorrer do estágio, após a avaliação inicial realizada aos utentes, tive oportunidade de fazer o acompanhamento dos mesmos, direcionando a atenção para os aspetos mais pertinentes a trabalhar. Tive oportunidade de acompanhar e intervir com cerca de 20 utentes, com diversas patologias, como doenças pulmonares crónicas, AVC's, insuficiências cardíacas, hipertensão arterial, em que muitas vezes o doente se depara com sérias dificuldades em se adaptar às limitações de que padece, o que interfere diretamente na sua saúde mental. As alterações do funcionamento psicológico encontradas eram sobretudo relacionadas com a manifestação de sintomatologia ansiosa, síndrome depressivo, dificuldades de adaptabilidade às limitações impostas pela doença, e com relativa frequência observamos casos de utentes desorientados auto e alopsiquicamente.

Mediante a problemática identificada em cada utente, realizamos as intervenções orientadas para diversos domínios, como a promoção da adaptação do utente ao seu estado de saúde, a realização de exercícios de estimulação cognitiva, a monitorização de sintomatologia ansiosa, depressiva e outras, apoio psicoemocional, a manutenção da motivação para a reabilitação e a supervisão do estado psicoemocional e cognitivo.

2.5. Estudo de caso C.P.

2.5.1. Identificação do Doente

C.P. é uma jovem rapariga de 27 anos, de nacionalidade portuguesa, natural e reside numa zona rural periférica ao Grande Porto. Tem o 6º ano de escolaridade e encontra-se desempregada. A sua atividade profissional anterior foi na agricultura sazonal. É solteira e vive com os pais e um irmão, seu irmão gémeo, aparentando ser de nível socioeconómico baixo.

2.5.2. Motivo/Pedido

C.P. deu entrada neste hospital, na Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação, a 11.04.2016.

Proveniente do serviço de Ortopedia de um Centro Hospitalar próximo, com fratura de D3 e aparente atingimento da plataforma superior de D4, fratura de L3, hematoma epidural C3-C4 e fratura do calcâneo direito, resultantes de uma tentativa de suicídio realizada dois meses antes, em que a paciente se precipitou de uma ponte.

C.P. tem registo associado de antecedentes psicopatológicos, como síndrome depressiva e tentativas de suicídio anteriores por intoxicação medicamentosa. Além disso tem hábitos tabágicos. Atualmente está medicada com Diazepam, Fluoxetina e Levomepromazina.

Não existe um pedido formal expresso pela paciente, mas foi previamente identificada e referida por parte da equipa técnica que a acompanhou no internamento anterior, a necessidade de intervenção psicológica.

2.5.3. História de Vida

C.P. vive com a mãe, de 67 anos, doméstica reformada, com o pai, de 71 anos, também reformado e com o seu irmão gémeo, solteiro e desempregado. Vivem numa zona rural nos arredores de Resende e dedicam-se sobretudo à agricultura autossuficiente. A paciente refere que "é muito difícil arranjar trabalho nesta zona" (Sic).

Pertence a uma fratria de 10 irmãos, 4 homens e 6 mulheres, com idades compreendidas entre os 49 e os 27 anos, sendo C.P. a mais nova.

A paciente indica que tem uma péssima relação com os pais, adianta que "Eles não gostam de mim, não me deixam fazer nada, criticam tudo o que eu faço" Sic.), descreve uma dinâmica conflituosa e uma atitude castradora por parte dos mesmos. A relação com o irmão gémeo, descreve-a como sendo pouco significativa para si, mas que por vezes o irmão intervém a seu favor junto dos pais ("ele às vezes até lhes diz para me deixarem em paz" Sic.). Com os restantes irmãos, refere não ter grande proximidade, indica que uns vivem longe da sua residência, outros vivem próximo mas que não se vêem com frequência.

Segundo C.P. a relação entre os seus pais é intempestiva, e na maior das vezes a mãe adota uma postura submissa perante o marido. A relação entre os 10 irmãos não é próxima, contudo refere que "não se dão mal". Relativamente a outros elementos significativos, a paciente refere-se aos amigos, contudo não se

evidenciam fortes laços de afetividade, na medida em que não os inclui nos episódios da sua vida que vai narrando.

Para melhor compreensão da estrutura familiar de C.P., segue o genograma de representação gráfica da família da paciente:

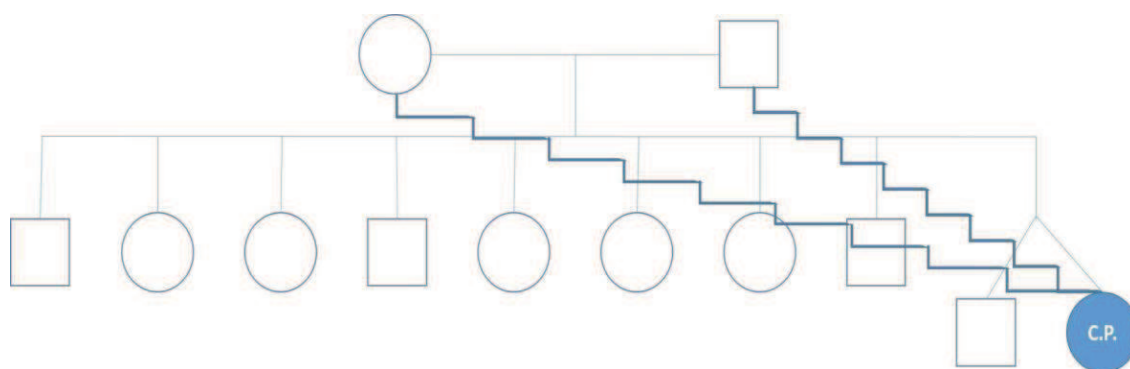


Figura 1: Genograma explicativo da estrutura familiar de C.P.

C.P. nasceu de uma gravidez múltipla tardia, não planeada mas bem aceite por parte dos pais. Refere que todos os marcos de desenvolvimento decorreram dentro dos parâmetros considerados normais. Durante o período pré-escolar esteve em casa ao cuidado não mãe, não tendo frequentado nenhuma instituição de ensino. Refere não ter recordações significativas da sua infância.

Aquando do seu ingresso no meio escolar, indica que teve muitas dificuldades de adaptação, que "nunca gostei da escola, não gostava de estudar" (Sic.), obtinha baixos resultados escolares e ficou retida no 4º ano por dois anos. C.P. conta, que aos 10 anos de idade foi vítima de abuso sexual por parte do irmão mais velho, agora casado e com o qual não tem relação. Indica que não foi formalizada nenhuma queixa oficial deste episódio, que os pais tiveram conhecimento mas não tomaram qualquer providência e que, não se voltou a repetir.

Ao entrar no período da adolescência, aos 13 anos, conta que foi novamente vítima de abuso sexual, por um indivíduo que vivia perto da sua zona de residência. Conta que a "partir daí, essa pessoa me persegue, me obriga a ter relações e ameaça que me mata" (Sic).

Aos 15 anos saiu da casa dos pais e foi institucionalizada num Centro de Acolhimento Temporário, até aos 19 anos. Não foi possível recolher informação relativa ao motivo e ao período de institucionalização.

Durante a adolescência narra alguns episódios de consumos frequentes de substâncias psicoativas, quer drogas, quer medicação psicofarmacológica, por vezes com ideação suicida subjacente.

Após sair do Centro de Acolhimento Temporário, foi viver com uma das irmãs, a residir em Penafiel, por um período de dois anos. Confessa que saiu da casa da irmã porque "ela tem a vida dela e não quero dar-lhe trabalho" (Sic).

Aos 21 anos refere que foi internada no Serviço de Psiquiatria do Hospital Padre Américo. Até ao momento não foi possível obter informações acerca do motivo do internamento e dos objetivos do mesmo. C.P. conta que durante este período de internamento, conheceu uma enfermeira estagiária com a qual criou laços de amizade e que aceitou dar-lhe estadia na sua residência. Foi então viver com essa enfermeira e a mãe da mesma, mas não correu bem porque "elas queriam que eu fosse criada delas, amarravam-me ao sofá e não me deixavam sair, cheguei a ser agredida e a agredir a mãe dessa amiga" (Sic). Esta situação durou por um período de 3 anos, porque "estive prisioneira", entretanto conseguiu fugir e formalizou uma queixa de abuso por parte desta família, que não teve procedimento criminal porque chegaram a acordo.

Foi então viver para casa dos pais, onde ficou a residir até ao momento. Recentemente, em Fevereiro, teve uma discussão com o pai, por não ter realizado as tarefas que lhe competiam, e num ato irrefletido precipitou-se de uma ponte local, tendo "esperado" que chegassem a esse mesmo local, a mãe e uma irmã.

Neste internamento, a paciente nunca recebeu visitas da família, o que dificulta a confirmação da veracidade dos fatos.

Por vezes a paciente recebe a visita de uma amiga, bastante mais velha, que a conhece há muitos anos da sua zona de residência. Segundo informações recolhidas junto desta visita, o episódio de abuso sexual é desconhecido, descreve um passado de prostituição por volta dos 13 anos e adianta que "é uma menina complicada" (Sic.). Refere também, que o indivíduo que C.P. acusa de ter sido seu agressor sexual, foi um indivíduo com quem a paciente se relacionou de forma amorosa e com quem viveu maritalmente. Após o término da relação,

situação à qual aparentemente, não reagiu da melhor forma, C.P. formulou este tipo de acusações.

Informações recolhidas junto da técnica de Assistência Social do Rendimento Social de Inserção, que acompanhava C.P., foi possível saber que frequentou um curso profissional de hotelaria, que não concluiu por desistir na reta final. Refere também que lhe foi atribuída uma habitação social que abandonou ao fim de pouco tempo, possivelmente por falta de rendimentos.

Uma vez que o seu discurso apresenta várias incongruências, e as informações que foram conseguidas não vão ao encontro do que a paciente descreve, sugere-se que estas informações poderão não corresponder totalmente à realidade.

Após a alta, prevê-se que a paciente regresse a casa dos pais, que em contato com a técnica de Assistência Social deste serviço, mostraram prontidão em a acolher.

2.5.4. Processo de avaliação psicológica

A avaliação psicológica estendeu-se por um período de 5 sessões, de 13 de abril a 11 de maio. As sessões decorreram com frequência semanal, com a duração de 50 minutos, realizadas no quarto da paciente, por vezes no leito.

A recolha anamnésica foi transversal às sessões de avaliação.

Foi realizada a avaliação do estado mental da paciente:

Durante a avaliação a paciente encontrava-se calma, por vezes vígil, por outras sonolenta, mas consciente do seu estado de saúde e das suas limitações, sempre orientada auto e alopsiquicamente. Psicoemocionalmente, manifesta humor deprimido, evidenciando atualmente ideação suicida não estruturada. Exibe um discurso organizado e fluído, pautado por algumas incongruências e sugestão de tentativa de manipulação e tendência para a vitimização, revelando-se pouco emotivo, por vezes com mímica desajustada, considerando a temática do mesmo. O seu discurso está, também, muito centrado nas relações familiares que caracteriza como problemáticas e nos vários episódios de vida ditos traumáticos. Verifica-se ainda uma baixa tolerância à frustração. Verbaliza vontade em alterar o seu percurso de vida, contudo, não é capaz de formular um plano de vida, esperando constantemente pela intervenção de terceiros, que se

responsabilizem por ela, nomeadamente a nível financeiro. Revela-se colaborante no solicitado e aparentemente motivada para a reabilitação.

Foi aplicado o Mini Mental State Examination, que consta no protocolo de avaliação instituído pelo Hospital:

Neste teste de screening obteve uma pontuação de 27 num total de 30 itens. Evidencia dificuldades ao nível da atenção/cálculo, possivelmente relacionadas com o baixo nível de escolaridade e uma ligeira dificuldade ao nível da evocação espontânea. Sem outras alterações cognitivas (Anexo 4).

Devido à presença de sintomatologia depressiva, foi aplicado o Inventário Depressivo de Beck (BDI): obteve uma pontuação de 32, sendo o ponto de corte >30, sugestivo de Estado Depressivo Severo (Anexo 5).

Foi aplicada também o Brief Symptom Inventory (BSI), no sentido de avaliar a dimensão dos sintomas psicológicos clinicamente relevantes (Anexo 6):

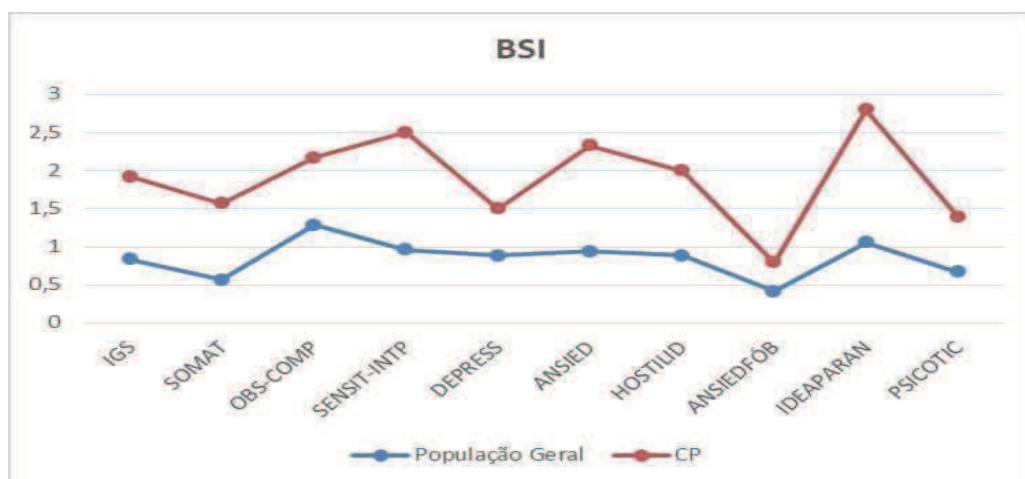


Figura 2: Resultados do BSI

A elevada pontuação obtida em todos os sintomas psicológicos é sugestiva de manipulação das respostas fornecidas.

Foi aplicado também o Questionário de Trauma ICD-10, de forma a avaliar a dimensão dos efeitos da situação traumática a que foi sujeita, e detetar a presença de Perturbação de Stresse Pós Traumático (PPST) ou Perturbação Borderline da Personalidade (BDP): os resultados obtidos são sugestivos de PPST, tendo preenchido todos os critérios. Detetou também a presença de BDP, tendo preenchido 6 dos 9 critérios, sendo que teria que preencher pelo menos 5 desses mesmos critérios (Anexo 7).

Durante a recolha anamnésica e aplicação dos instrumentos de avaliação, evidenciou-se alguma manipulação da informação fornecida pela paciente, com uma nítida tendência à vitimização e persistência de sentimentos persecutórios, tal como comprovam os dados obtidos no BSI. Assim, foi realizada uma cuidada devolução dos dados, evitando fornecer demasiados pormenores relativos ao diagnóstico de forma a prevenir o uso de estatuto de doente como forma de vitimização, conduzindo a atenção para a exploração das questões menos congruentes. Foi analisada a coerência cronológica da informação dada por C.P., quais as situações que a perturbam e inquietam, qual a sua reação perante as mesmas, que estratégias de autocontrolo utiliza nestes momentos, qual a significância que estes episódios têm para a si, quais os sentimentos e preocupações que experiencia no momento atual e de que forma projeta o seu futuro.

2.5.5. Enquadramento/ Análise Concetual

No caso de C.P., apesar de não ter sido apurada a veracidade dos fatos narrados, nomeadamente a questão do abuso sexual, identificam-se outros acontecimentos como sendo altamente impactantes e potencialmente traumáticos, como a questão da alegada prostituição e da própria institucionalização da paciente, pela altura da adolescência.

Após o estudo aprofundado da temática do impacto das experiências traumáticas, é inegável a associação entre experiências adversas em idade precoce e a incidência de patologia psiquiátrica no adulto.

O estudo da relação entre a história de abuso e as várias dimensões do funcionamento adulto, têm recebido um enorme interesse, havendo dados que indicam que, quer ao nível da saúde física, quer psicológica (Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002, *cit in* Maia, 2006), podemos verificar os efeitos devastadores das experiências adversas. Também se tem verificado que entre indivíduos com diagnóstico de perturbação psicológica grave, há uma grande percentagem de pessoas com história de abuso e trauma na infância (Maia *et al.*, 2006).

É considerado trauma um evento que envolve uma tensão elevada ou que excede o normal, sendo que oprime os mecanismos de resposta ou que excede

os mecanismos de coping do individuo (Cordón, et al., 2004, cit in Fonseca, 2014). Num estudo feito por Ariel, Dwolatzky, Zvi e Witztum (2012, cit in Fonseca, 2014), mostraram que o abuso sexual e emocional na infância teve efeitos muito claros a longo prazo. Estas formas de trauma têm uma intensidade e uma influência duradoura, registando que quanto mais jovem, maior é a duração dos efeitos traumáticos (Fonseca, 2014). Os sintomas e problemas de comportamento relatados após experiências traumáticas incluem ansiedade, depressão e stresse pós-traumático (Svedin, Nilsson & Lindell., 2004, cit in Fonseca, 2014).

Também as técnicas de neuroimagem comprovam o impacto neuroestrutural da exposição a experiências de trauma emocional severo em idade precoce. Sabe-se hoje que os eventos traumáticos refletem alterações no cérebro, nomeadamente ao nível da diminuição do hipocampo e do corpo caloso. O funcionamento e desempenho cognitivo estão também comprometidos (Brietzke *et al.*, 2012).

Há vários estudos que se dedicam a relacionar o diagnóstico de Perturbação da Personalidade Borderline com histórias de trauma durante a infância. Todos eles são consistentes na constatação de relatos frequentes de abuso sexual na infância dos doentes com perturbação Borderline (Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995, cit in Rodrigues, 2011).

Borderline significa “limitrofe” e não é difícil de identificar, pois os sinais incomodam todos os que se relacionam com o individuo, especialmente os familiares. O quadro engloba algumas manifestações típicas de vários transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, depressão, perturbação bipolar, mas em geral os pacientes não saíram totalmente do estado considerado normal para serem enquadrados em tais classificações. A perturbação Borderline é portanto um mosaico de sintomas menos acentuados de diversos transtornos (Carneiro, 2004).

Para assegurar um diagnóstico preciso, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM V), refere-se à Perturbação da Personalidade Borderline caracterizando-a como um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

- (1) Esforços desesperados para evitar o abandono (real ou imaginário);
- (2) Um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizadas por alternância extrema entre a idealização e desvalorização;
- (3) Perturbação de identidade: instabilidade persistente e marcada da autoimagem ou do sentimento de si próprio;
- (4) Impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente autolesivas (e.g.: compras, sexo, abuso de substâncias, condução ousada, compulsão alimentar);
- (5) Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento auto-mutilante;
- (6) Instabilidade afetiva por reatividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias);
- (7) Sentimento crónico de vazio;
- (8) Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades para a controlar (e.g. episódios de perda de calma, raiva constante, brigas frequentes);
- (9) Ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves (DSM V, 2014).

Segundo Gunderson et al. (1980, *cit in* Sousa & Vandenberghe, 2005) entre as características específicas das famílias de personalidades borderlines, pode-se ressaltar o investimento dos pais na relação conjugal, em detrimento da relação pais/criança, sendo esta, negligenciada pelos mesmos não lhe oferecendo atenção, empatia, apoio e proteção necessários. As relações interpessoais são marcadas pela hostilidade e dominação. A mãe tende a ser não afetiva. A criança é deixada de lado pelos pais, já que se centram nos seus problemas conjugais. A relação entre pais e filhos tende a ser pobre e distante. Isto sugere uma possível explicação para a percepção que o paciente Borderline apresenta sobre os seus pais como sendo um 'grupo unido e/ou indiferenciado' (Sousa & Vandenberghe, 2005).

Verificamos portanto, que os dados obtidos pela avaliação psicológica e psicométrica, os fatos narrados por C.P. em relação à sua história de vida e a expressão do funcionamento da sua personalidade, são congruentes com a

literatura, apontando para o diagnóstico de Perturbação de Personalidade Borderline.

2.5.6. Processo de Intervenção

Depois de realizar uma análise compreensiva da utente, observando as principais problemáticas apresentadas e percebendo as especificidades do seu funcionamento os objetivos gerais foram explicados e discutidos com a utente. Durante a consulta foram analisadas as relações afetivas, particularmente as relações com os pais. Os objetivos da seriam o desenvolvimento de insight relativamente ao seu percurso vital, conseguir lidar com as relações afetivas de modo mais equilibrado e definir também prioridades no que ao campo laboral diz respeito e desenvolver novas formas de enfrentar as dificuldades,

O processo de intervenção decorreu entre 25.05.2016 e 29.06.2016, data em que terminou o período de internamento da paciente. As sessões realizaram-se com frequência semanal, com a duração de 50 minutos e decorreram no quarto da paciente, por vezes no leito.

A oscilação do estado de humor da paciente implicou que nem sempre fosse possível cumprir os objetivos definidos para cada sessão, sendo por vezes necessário um reajuste do plano da mesma, quando se verificava a necessidade mais urgente de abordar uma qualquer temática que estivesse a perturbar C.P.

Com base na terapia cognitiva-comportamental, os objetivos gerais destas sessões têm sido a monitorização do estado psicoemocional, a orientação para a realidade, a organização das expetativas e a ajuda na construção do seu projeto de vida.

Assim, tendo em conta a análise do funcionamento global da paciente, foram trabalhados os seguintes domínios especificamente:

1. Monitorização dos sintomas depressivos;
2. Registo de pensamentos disfuncionais (identificação de pensamentos automáticos, emoções negativas e comportamentos obsessivos);
3. Reestruturação cognitiva de crenças infundadas;
4. Relaxamento com vista ao controlo da sintomatologia ansiosa;
5. Treino de assertividade (adequação de pedidos de desculpa, solicitação de favores e expressão adequada de sentimentos positivos e negativos);

6. Treino de competências sociais (manter dialogo, afastar pensamentos persecutórios, ensaios comportamentais);
7. Treino para a autonomia (discussão de conceitos como autonomia e independência, reestruturação de crenças relacionadas com a autonomia);
8. Motivação para novos focos terapêuticos;
9. Orientações de conduta junto da família.

Estes objetivos foram trabalhados com base nos comportamentos considerados normativamente assertivos, sempre com recurso ao feedback positivo da minha parte, com vista à necessidade de reformular constructos de pensamentos e condutas de comportamento.

2.5.7. Reflexão sobre o caso

Uma vez que a paciente evidencia especificidades de funcionamento muito vincadas, o período de intervenção não foi suficiente para se verificarem alterações significativas que permitam avaliar a evolução da paciente.

A desconstrução de determinados pensamentos e comportamentos tem sido o maior desafio pessoal. O estabelecimento da relação terapêutica tem sido algo difícil, uma vez que é praticamente impossível praticar a compreensão empática. As dificuldades de comunicação também são constantes, bem como as verbalizações e declarações do tipo suicidas ou caluniosas a seu próprio respeito, que são situações difíceis de gerir. Além disso, a manipulação da informação e a omissão de situações significativas comprometem os resultados da intervenção e a manutenção da relação terapêutica.

As maiores dificuldades impostas ao trabalho com esta paciente, relacionam-se com a inconstância da sua adesão ao tratamento e as diversas tentativas de “sabotagem” do processo, a tentativa de perverter os objetivos da reabilitação com vista a obter ganhos secundários e a tentativa de formação de vínculos e intimidade com os técnicos que a acompanham, em geral. A sua atitude era imprevisível e imatura, tendo episodicamente acessos de cólera durante o internamento mostrava evidentes, dificuldades em controlar os seus

comportamentos impulsivos, e tendência para entrar em conflito com os outros, especificamente em situações em que era contrariada.

É do conhecimento geral, que o acompanhamento de personalidades de funcionamento Borderline é desafiante. Obrigou-me a reforçar a minha capacidade técnica, teórica e de tolerância, bem como o próprio sistema de acompanhamento em saúde mental.

2.6. Intervenção de Grupo

Uma das atividades propostas neste estágio, foi a realização e aplicação de uma intervenção de grupo, baseada num programa de reabilitação cognitiva, a um grupo de utentes que preencheram os critérios de inclusão previamente definidos, e os quais poderiam beneficiar de alguma melhoria. Caracterizou-se por ser um programa que para além de priorizar a estimulação cognitiva, conteve também uma vertente socioemocional, revelando-se muito importante para a promoção do bem-estar, tanto físico como psicológico dos utentes, o que influencia a recuperação geral dos mesmos, a todos os níveis.

Na vertente da sessão correspondente à estimulação cognitiva demos primazia ao treino das capacidades mentais, de forma a minimizar a deterioração cognitiva dos participantes. No âmbito da intervenção socio-emocional, envolvemos os utentes em atividades que os levaram a comunicar entre todos, a falar sobre os sentimentos, de forma a aumentar o pensamento positivo, tentar mudar o discurso interno negativo e focarem-se nas coisas boas, nas motivações e qualidades pessoais. Estas atividades tem como objetivos adquirir um maior grau de conhecimento sobre si mesmo, sobre os demais, favorecer um ambiente participativo e descontraído, estimular a comunicação e promover a escuta ativa.

A alternância entre estas duas valências tinha o objetivo de manter “acesa” a vontade dos utentes em participar nas atividades, sem que lhes sejam exigidos altos níveis de esforço, o que podia levar ao insucesso da intervenção. Assim, ao manter uma componente lúdica, asseguramos uma forma de ao mesmo tempo cativar e estimular os utentes

Com isto, propusemos uma intervenção completa, que priorizasse as áreas cognitivas: orientação e cálculo, memória, linguagem e praxia, de forma a

conservar as aptidões intelectuais e a criar estímulos de atividade motora, mas também que explorasse a afetividade, a sociabilidade e a promoção de relações interpessoais salutaras. Assim, as sessões propostas, contêm exercícios simples e com uma componente lúdica, que abrangeram as áreas que pretendíamos trabalhar, de forma manter o interesse e a motivação do utente ao longo do processo.

Inicialmente elaboramos um projeto que não se adequou à população alvo, visto ser um grupo com bastantes limitações, o que nos obrigou a redesenhar as atividades de forma a serem ajustadas ao grau de limitação dos utentes.

Com a realização desta atividade, o nosso objetivo centrou-se na promoção e melhoria das capacidades cognitivas, sociais, emocionais e motoras dos utentes, bem como na estimulação da interação grupal entre os membros, de forma a maximizar os ganhos e minimizar as perdas existentes.

2.6.1. Procedimento

Num primeiro momento foi necessário avaliar a instituição, de forma a estruturar uma possível intervenção, tendo em conta as características da população alvo, do *setting* e do funcionamento da própria instituição, para posteriormente apresentar a proposta de intervenção.

De seguida procedemos à definição dos critérios de inclusão dos utentes no grupo. Estes não podiam ser demasiado intransigentes, pois corríamos o risco de não ter elementos que integrassem o grupo. Então os critérios definidos foram: (1) existência de comprometimento cognitivo, de forma a poder beneficiar da estimulação; (2) capacidade de mobilização com autonomia; (3) integridade da visão e (4) escolaridade mínima.

Os critérios de exclusão eram: (1) ausência de défice cognitivo; (2) comprometimento cognitivo severo; (3) comprometimento motor severo.

Assim, para incluirmos cada elemento no grupo, administramos o MMSE, de forma a avaliar o seu grau de comprometimento cognitivo. Durante esta avaliação verificamos também se os utentes não tinham limitações físicas que

os impedissem de realizar as atividades que propúnhamos.

Para avaliar esta intervenção pretendíamos passar uma escala de avaliação psicológica, o MOCA, como pré-teste e pós-teste, no entanto, verificamos que a maior parte dos utentes não conseguiam concluir a avaliação, por terem dificuldade na compreensão das instruções e dificuldades de focalizar a atenção durante um período de tempo mais extenso, não conseguindo desta forma, utilizá-lo como fator de avaliação, tornando inválida a sua utilização. Optamos então por no final, fazermos um breve questionário, com perguntas chaves, de forma a obtermos feedback da atividade. Além disso, o pós-teste tornou-se difícil de aplicar, porque parte dos utentes saíram do grupo antes de terminar a intervenção.

O número de participantes foi sempre inferior a 9 elementos, sendo que todos preenchiam os critérios de inclusão, assim como os que tiveram em condições de obter benefícios da intervenção que entrem posteriormente. Este grupo tinha como característica alguma heterogeneidade, relativamente à discrepância dos défices cognitivos que cada utente possuía. Este grupo caracteriza-se também por ser um grupo aberto à saída e entrada dos elementos, uma vez que no decorrer deste processo surgiram situações de alta clínica e de entrada no internamento, também. Como tal, os doentes que davam entrada no internamento, e que tinham potencial para integrar o grupo, eram inseridos depois de avaliados com a escala definida (MMSE) e integrados no grupo, com o cuidado de minimizar o impacto da sua entrada, junto dos mesmos e dos elementos já existentes.

Esta atividade realizou-se entre os meses de abril e junho, com periodicidade semanal, e contou com 10 sessões, em que cada sessão tinha a duração média de 60 minutos. As sessões decorriam no refeitório, com as cadeiras colocadas em círculo, de forma a que todos os participantes tivessem visibilidade uns sobre os outros, criando um ambiente agradável e propício à comunicação.

Todas as sessões foram iniciadas com o momento de acolhimento dos utentes no refeitório, seguida de uma breve orientação espaço temporal, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser didático e interativo. Também de forma a estimular a orientação temporal, em todas as sessões

fazíamos alusão à comemoração de algo que marcasse o dia (ex: dia nacional do Bombeiro, 25 de abril, 13 de maio, Dia dos Oceanos, entre outros), na qual incitávamos os doentes a partilhar a informação que achassem pertinente relativamente ao tema escolhido para esse mesmo dia. Isto facilitava a localização temporal dos doentes e em simultâneo, servia como pretexto para realizar algumas atividades psicoeducativas.

Nos últimos 15 minutos do final de cada sessão realizamos atividades de relaxamento, em que utilizamos técnicas de relaxamento progressivo, promotoras de uma melhoria do estado, quer físico, quer mental dos utentes. Dedicávamos também uns breves minutos à realização de uma avaliação informal por parte dos utentes, sobre as atividades realizadas.

2.6.2. Descrição das Sessões

1ª Sessão do Grupo

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes, explicar os objetivos gerais desta intervenção e procedemos à apresentação do grupo, em que cada elemento referiu o seu nome, idade, residência/naturalidade, situação profissional e motivo que levou ao internamento neste serviço.

Segundo o procedimento estipulado, a primeira atividade consistiu em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Nesta primeira sessão incidimos sobre a estimulação socioemocional de forma a promover a interação dos utentes. Então, realizamos a atividade "Segura o Balão", em que usamos como recursos materiais balões e figuras geométricas. Atribuímos um balão a cada elemento, pedimos para o rebentar e dentro encontraram uma parte de uma figura geométrica. Pedimos para se anexarem ao colega que tivesse a metade que completasse a figura correspondente. De seguida solicitamos a nomeação de cada figura.

Propusemos aos utentes que cada um partilhasse com o grupo um acontecimento de vida positivo e significativo, atividade que foi realizada com muito entusiasmo por parte dos participantes.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

Nesta atividade, deparamo-nos com algumas dificuldades devido à heterogeneidade do grupo e à dificuldade de compreensão das instruções por parte de alguns utentes. Assim, tivemos que reestruturar e adaptar a atividade às limitações da maior parte dos elementos.

2ª Sessão de Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

A primeira atividade realizada designou-se por “Novelo de lã” e consistia em fazer uma primeira ronda em que o novelo circula pela mão de todos os participantes da sessão, em que se cumprimenta o colega do lado (“Olá D. Conceição”), enquanto se passa a bola. No exercício deve-se passar o novelo ao colega do lado, referir o nome do mesmo e nomear um elemento pertencente a uma categoria que lhe for atribuída (ex: frutas, flores e/ou plantas, países e/ou cidades, etc.).

A segunda atividade designou-se de “Provérbios Populares”, em que pedimos aos utentes que nomeassem provérbios populares conhecidos, e pedimos também para completarem uma lista de 20 provérbios facultados por nós.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

3ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Realizamos a primeira atividade, de nome "Histórias em Cadeia", em que fornecemos elementos iniciais de forma a inspirar a continuidade da história. Cada elemento, na sua vez, acrescentava um facto à história, tarefa que foi desempenhada com agrado e empenho por parte dos participantes.

De seguida realizamos a atividade "Onde estou?, Quem sou?, Qual a minha profissão?", na qual cada utente respondeu a cada uma destas questões. A última questão foi o mote para introduzir imagens de profissões de época, solicitando a sua descrição e nomeação. Sendo a maior parte dos participantes pessoas idosas, esta atividade foi realizada com entusiasmo e grande espírito de revivalismo.

Uma vez que as comemorações do 25 de Abril aconteceram pela data da realização desta sessão, proporcionamos um momento evocativo das memórias do 25 de Abril que cada utente quisesse partilhar.

Antes de terminar, foi proposto aos participantes que pensassem num tema para abordarmos na sessão seguinte.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

4ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Na sessão anterior, foi proposto aos utentes que refletissem individualmente sobre um tema que fosse abordado nesta sessão. Começamos por abordar o assunto das alterações climáticas, proposto por nós, com recurso a imagens que caracterizam estas mesmas alterações, com o objetivo de criar uma situação de debate. De seguida pedimos a cada utente que partilhasse com o grupo o seu tema. Houve utentes que não trouxeram tema e os que trouxeram abordaram questões como a sua preocupação com hábitos de saúde saudáveis e a importância do dia da mãe.

De seguida realizamos o exercício das "Qualidades", em que foi pedido a cada utente que nomeasse uma qualidade de outro elemento do grupo, neste caso o elemento do lado.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

5ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Uma vez que o dia da Europa se comemorou no dia desta sessão, utilizamos esse facto como "pretexto" para realizar alguns exercícios psicoeducativos, que consistiam na visualização de mapas, enumeração dos países, enumeração dos países visitados por cada um e quais as suas características e também contextualizamos a situação atual da Europa.

De seguida, procedemos à atividade "Cinco Sentidos, Cinco Contextos", que teve como principal objetivo a estimulação sensorial dos participantes. A estimulação foi realizada com recursos materiais específicos, como alimentos, condimentos, objetos de diversas texturas, entre outros, que os utentes deveriam reconhecer e nomear, privados de usarem o sentido visual por estarem vendados.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

6ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Uma vez que no dia em que se realizou a sessão, se comemorou o dia Internacional do Museu, utilizamos este motivo para realizar algumas atividades psicoeducativas. Questionamos os utentes acerca dos museus que conhecem, os que visitaram e propusemos que narrassem e partilhassem as suas experiências. De seguida apresentamos um vídeo produzido nas caves do Vinho do Porto, de forma a proporcionar-lhes uma visita guiada interativa.

Prosseguimos com a atividade designada "Loto da Musica". Distribuímos um cartão com 6 títulos de músicas a cada elemento e reproduzimos uma playlist com as respetivas músicas, de forma aleatória, de modo a que cada participante identificasse a música e fosse preenchendo o cartão com caricaturas que iam sendo fornecidas por nós.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

7ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Uma vez que no dia a seguir a esta sessão se comemorava um evento religioso, o Dia do Corpo de Deus, pedimos aos utentes que partilhassem os seus conhecimentos e a importância deste dia para eles.

Proseguimos com a atividade "Quem sabe, sabe!", que tinha por objetivo a estimulação do conhecimento geral dos utentes. Com recurso a vários cartões de categorias de cultura geral (música, gastronomia, geografia, provérbios e adivinhas) e um cubo com a designação das mesmas categorias, fomos realizando as diversas questões aos utentes.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

8ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Uma vez que na data desta sessão se hoje se comemorava o Dia Internacional da Criança, propusemos uma atividade de evocação de episódios felizes que remetessem à infância, de forma a estimular as capacidades mnésicas.

Proseguimos com a atividade "As Lendas", em que com recurso a uma apresentação em *power point* e vídeos ilustrativos, apresentamos as lendas, ordenando-as por regiões. Solicitamos aos utentes que as recordassem e partilhassem os seus conhecimentos sobre delas, assim como outras memórias associadas.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

9ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Uma vez que na data desta sessão se comemorava o dia Mundial dos Oceanos, realizamos uma atividade orientada para a psicoeducação, em que exploramos os conhecimentos dos participantes acerca dos oceanos (nomes, localização, etc.), abordamos a questão da importância da preservação dos mesmos e partilhamos alguns fatos curiosos a respeito. No final, apresentamos dois vídeos, ilustrativos dos oceanos.

Prosseguimos com a realização da atividade "Histórias, tradições e curiosidades", que consistia na apresentação em Power Point dos diferentes meses do ano, os provérbios associados a cada mês e quais os alimentos mais propícios a serem plantados. A cada mês apresentado, estimulávamos os participantes a partilharem situações próprias de cada mês (ex: em Março começa a primavera, em Maio comemora-se o mês de Maria, em Junho começamos a frequentar a praia, etc.).

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

10ª Sessão do Grupo

A sessão iniciou-se com os procedimentos de acolhimentos definidos e já descritos. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão.

Uma vez que à data desta sessão, se comemorava o dia internacional da música, decidimos abordar esse tema com uma atividade relacionada. Iniciamos então com um exercício denominado "músicas portuguesas". Com recurso a power point e ferramentas audiovisuais, apresentamos os diferentes tipos de música tradicional portuguesa, na qual os utentes tinham de identificar o autor.

De seguida realizamos uma atividade de estimulação cognitiva, com recurso a suporte digital, baseada no STROOP. Apresentamos também alguns problemas, onde em grupo discutimos as várias soluções possíveis, à procura da mais adequada.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

Última Sessão de Grupo – Follow up

Nesta última sessão acolhemos os doentes como nas sessões anteriores. Procedemos à entrega de um diploma a cada elemento presente nesta última sessão, e também de um crachá feito por nós, que entregamos também a cada utente, para reforçar positivamente a adesão às sessões.

Foi pedida também aos utentes, uma avaliação qualitativa do trabalho desenvolvido. O feedback que tivemos foi positivo.

2.7. Formação ao Serviço

Durante o estágio foi proposta uma atividade de formação ao serviço e o tema escolhido foi a Comunicação de más notícias. A pertinência deste assunto prende-se com o facto de a comunicação de más notícias ser uma das tarefas mais difíceis de executar e, curiosamente, uma tarefa para a qual os profissionais de saúde recebem pouca formação e informação.

Sendo a população alvo desta unidade, na sua maioria, pessoas idosas, frequentemente surgem casos de doentes oncológicos, doentes com condições de foro neurológico e casos de patologias demenciais, doentes com elevados graus de dependência que refletem as suas limitações, por vezes irreversíveis. Esta problemática tem também pertinência na comunicação de más notícias de âmbito social, uma vez que neste contexto surgem muitos casos de doentes sem retaguarda familiar.

Assim definimos como objetivos desta formação:

- Promover o conhecimento sobre o tema junto da equipa que acompanha os pacientes;
- Aumentar a qualidade da comunicação de más notícias;
- Diminuir os níveis de ansiedade face à comunicação de más notícias;
- Explorar as questões éticas e deontológicas.

A Má notícia pode ser compreendida como um evento que altera drástica e negativamente a perspetiva do paciente em relação ao seu futuro (Vandekief, 2001; Muller, 2002; Lima, 2003, *cit in* Victorino *et al.*, 2007). Assim, a forma como

a comunicação da má notícia se processa, tem influência direta ao nível da compreensão da informação, da satisfação com os cuidados prestados, do nível de esperança e motivação, da adaptação psicológica à doença, entre outras.

Nesta formação temos por objetivo fornecer aos profissionais de saúde as *guidelines* existentes para proceder corretamente à comunicação de más notícias, abordando também as questões éticas e deontológicas relacionadas com o tema. Expomos e exploramos também o protocolo do Modelo Spikes, que descreve seis passos de maneira didática e através de mnemónica do próprio nome do modelo, como recurso técnico de comunicar más notícias. (Baile, Buckcman, Lenzi, Globber, Beale, Kudelka, 2000).

O público-alvo da formação são os médicos, enfermeiros e psicólogos, embora seja aberto aos restantes profissionais de saúde, sendo que os mesmos podem beneficiar com estes conhecimentos na sua prática profissional. No final houve uma situação de debate e partilha de experiências (Anexo 8 e 9)

III. Reflexão Final

Este percurso iniciou-se com grande entusiasmo, por chegar o momento de viver a profissão, testar aptidões, e aplicar os conhecimentos que nos foram passados durante a nossa formação como psicólogos.

O estágio, na UCCI, possibilitou-nos experienciar, na prática, o que é o trabalho multi e inter disciplinar, no qual todas as dimensões do indivíduo – biológica, psicológica e social – são alvos de intervenção. Verificamos que, quando existe articulação entre os diferentes técnicos é possível conseguir mudanças significativas nas vidas dos utentes.

Ao longo deste percurso, foram surgindo verdadeiros desafios, que nos inquietaram, fizeram duvidar e nos trouxeram insegurança. Estes mesmos desafios obrigaram-nos a procurar novas respostas, que nos fizeram evoluir. Os desafios que surgiram relacionaram-se, muitas vezes, com a dificuldade em manter a relação terapêutica, por serem principalmente pessoas idosas, muito apelativas e emocionalmente carentes. Ainda assim, o balanço da interação com os utentes é muito positivo, uma vez que tivemos sempre feedback positivo do nosso trabalho.

Esta experiência, o contacto com doentes em regime de internamento fez-nos crescer, pessoal e profissionalmente. Deu-nos sobretudo a certeza que muito mais importante do que conhecer o normal e o patológico, o saudável e o doente, é reconhecer o utente como um todo em funcionamento dinâmico, e que devemos estar sempre disponíveis para aprender com as experiências que nos surgem.

IV. Referências Bibliográficas

Almeida, O. & Almeida, S.; (1999) Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV; *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.14, 858-865

APA (2014). *DSM V: Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Gopher, G., Beale, A., Kudelka, A.; (2000) SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer; *The Oncologist*

Brietzke, E. et al (2012) Impact of childhood stress on psychopathology; *Rev Bras Psiquiatr*; 34:480-488

Carneiro, L. (2004) Borderline: in the limits between madness and reason; *Ciências & Cognição* 2004; Vol 3: 66-68.

Castro, E. & Bornholdt, E.; (2004); *Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional*; *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 48-57

Fonseca, T. (2014) O papel da regulação emocional no impacto das experiências traumáticas em sintomas psicopatológicos; *Dissertação De Mestrado em Psicologia Clínica*; Instituto Superior Miguel Torga.

Maia, A. et al. (2006) Experiências adversas e funcionamento atual: um estudo com jovens portugueses; *VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*; *Atas de Évora*, XII; p.53-73.

Rodrigues, A. (2011) O abuso na infância na etiologia da perturbação estado-limite da personalidade; Dissertação De Mestrado em Psicologia Clínica; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Saldanha, S., Rosa, A. & Cruz, L. (2013); O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz; Rev. SBP, vol.16, no.1, Rio de Janeiro

Sousa, A., Vandenberghe, L. (2005) A emergência do transtorno de personalidade Borderline: uma visão comportamental; Interação em Psicologia, 9(2), p. 381-390

Tombaugh, T. & McIntyre, N. (1992); The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review; Journal of the American Geriatrics Society; vol.40, 922-935

Victorino, A. *et al* (2007); Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica; Rev. SBPH v.10 n.1

ANEXO 1: Mini Mental State Examination

CONVALESCENÇA

MMSE - Avaliação Breve do Estado Mental		Admissão			Alta		
		Score	Data	Rubrica	Score	Data	Rubrica
Orientação	1. Ano						
	2. Mês						
	3. Dia do mês						
	4. Estação						
	5. Dia semana						
	6. País						
	7. Distrito vive						
	8. Terra vive						
	9. Casa estamos						
	10. Andar estamos						
Repetição	11. Repetir Pêra						
	12. Repetir Gato						
	13. Repetir Bola						
Atenção e Cálculo	14. 30-3						
	15. 27-3						
	16. 24-3						
	17. 21-3						
	18. 18-3						
Evocação	19. Repetir Pêra						
	20. Repetir Gato						
	21. Repetir Bola						
Linguagem	22. Relógio						
	23. Lápis						
	24. Caneta						
	25. Pegar papel						
	26. Dobrar papel						
	27. Colocar papel						
	28. Ler e cumprir cartão						
	29. Escrever frase						
	30. Cópia						
Total							

Legenda: Analfabetos: defeito ≤ 15; 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22; > 11 anos de escolaridade: ≤ 27

ANEXO 2: Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

GDS – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

	Sim	Não	Data	Rúbrica
1. *Está satisfeito(a) com a sua vida?	0	1		
2. *Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	1	0		
3. *Sente que a sua vida está vazia?	1	0		
4. *Fica muitas vezes aborrecido(a)?	1	0		
5. Tem esperança no futuro?	0	1		
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	1	0		
7. *Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	0	1		
8. *Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	1	0		
9. *Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1		
10. *Sente-se muitas vezes desamparado(a)/abandonado(a)?	1	0		
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	1	0		
12. *Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	0		
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	1	0		
14. *Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	0		
15. *Pensa que é bom estar vivo(a)?	0	1		
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	1	0		
17. *Sente-se inútil?	1	0		
18. Preocupa-se muito com o passado?	1	0		
19. Acha a vida interessante?	0	1		
20. É difícil para si começar novas atividades?	1	0		
21. *Sente-se cheio(a) de energia?	0	1		
22. *Sente-se sem esperança?	1	0		
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?	1	0		
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	1	0		
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	1	0		
26. Tem dificuldade em se concentrar?	1	0		
27. Gosta de se levantar de manhã?	0	1		
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	1	0		
29. Tem facilidade em tomar decisões?	0	1		
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	0	1		
Total				

Legenda:

GDS 30 itens:

0-10 – Ausência de depressão; 11-20 – Depressão ligeira; 21-30 – Depressão grave

GDS 15 itens:

0-5 – Ausência de depressão; 6-10 – Depressão ligeira; 11-15 – Depressão grave

ANEXO 3: Exemplo de Relatório de Avaliação

Identificação do Doente

M. A., de 84 anos, é solteira e residente nos arredores do Porto. Encontra-se reformada.

Antecedentes Clínicos

A utente deu entrada neste serviço a 14.03.2016, proveniente da UC de Fafe, com diagnóstico de fratura intertrocantérica à esquerda resultante de uma queda, para reabilitação física.

Ao nível dos antecedentes patológicos, tem registo de HTA, dislipidemia, prótese total da anca à direita, patologia tiroideia, patologia cardíaca, vertigens e incontinência urinária. Tem ainda registo de AVC, em 2012.

Não tem historial psicopatológico descrito.

A utente encontra-se dependente em grau moderado nos autocuidados, excepto no deambular, em que é dependente em grau elevado.

Medicada com Lorazepam e Sertralina.

Avaliação do Estado Mental

À data da avaliação, a utente encontra-se vígil, calma, mas sem consciência do seu estado de saúde e do motivo que levou ao internamento.

Encontra-se desorientada no tempo e no espaço. O seu discurso é pouco perceptível (voz baixa e tremula), sem lógica e desorganizado, sugestivo de estado confusional. A mímica, por seu lado, é pouco expressiva e o contacto ocular escasso.

Não foi possível avaliar o estado de humor da utente, contudo manifestou reacções emocionais de tristeza em função do seu discurso, imperceptível.

O exame realizado ao estado cognitivo da utente, evidencia défices graves ao nível da orientação, da memória (quer a curto prazo, quer de evocação), da atenção e do cálculo, e também da linguagem, ao nível da compreensão de ordens complexas, ao nível da escrita e da leitura, recusando-se a fazer a tarefa de cópia da figura geométrica.

Não foi possível avaliar a existência de alterações ao nível da sensopercepção e do pensamento, devido às dificuldades de comunicação anteriormente descritas. Sem insight da situação.

A utente é pouco colaborante e não foi possível avaliar os níveis de motivação.

Consta nos registos que a utente é solteira, não tem filhos e vive com o agregado familiar da irmã, contudo não foi possível avaliar a qualidade das relações familiares.

O quadro confusional em que se encontra, ter-se-á revelado após a cirurgia realizada à fractura consequente da queda que motivou o internamento.

Plano de Intervenção

Promover o estado de orientação.

Treino e estimulação cognitiva.

Paredes, 15 de março de 2016

Dra. Martina Oliveira

ANEXO 4: Mini Mental State Examination

CONVALESCENÇA

MMSE - Avaliação Breve do Estado Mental		Admissão			Alta		
		Score	Data	Rubrica	Score	Data	Rubrica
Orientação	1. Ano	1					
	2. Mês	1					
	3. Dia do mês	1					
	4. Estação	1					
	5. Dia semana	1					
	6. País	1					
	7. Distrito vive	1					
	8. Terra vive	1					
	9. Casa estamos	1					
	10. Andar estamos	1					
Repetição	11. Repetir Pêra	1					
	12. Repetir Gato	1					
	13. Repetir Bola	1					
Atenção e Cálculo	14. 30-3	1					
	15. 27-3	1					
	16. 24-3	0					
	17. 21-3	0					
	18. 18-3	0					
Evocação	19. Repetir Pêra	1					
	20. Repetir Gato	1					
	21. Repetir Bola	1					
Linguagem	22. Relógio	1					
	23. Lápis	1					
	24. Cineta	1					
	25. Pegar papel	1					
	26. Dobrar papel	1					
	27. Colocar papel	1					
	28. Ler e cumprir cartão	1					
	29. Escrever frase	1					
	30. Copie	1					
Total		27					

Legenda: Analfabetos: 0/0-15; 1 > 11 anos de escolaridade < 22; > 11 anos de escolaridade < 27

ANEXO 5: Inventário Depressivo de Beck

Inventário Depressivo de Beck (BDI) - versão portuguesa

Data: ___/___/___
dia mês ano

INSTRUÇÕES:

Leia, por favor, todas as frases expostas a seguir e escolha, em cada grupo, aquela que descreve ou constitui a descrição mais aproximada da maneira como tem vindo a sentir:

- A Não me sinto triste..... ()
Ando "neura" ou triste..... ()
Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo..... ()
Estou tão triste ou infeliz todo o tempo e não consigo evitá-lo..... ()
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado..... (X)
- B Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro..... (X)
Sinto-me com medo do futuro..... ()
Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro..... ()
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas..... ()
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar..... ()
- C Não tenho a sensação de ter fracassado..... ()
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas..... ()
Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado..... ()
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos..... (X)
Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)..... ()
- D Não me sinto descontente com nada em especial..... ()
Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo..... ()
Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente..... (X)
Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for..... ()
Sinto-me descontente com tudo..... ()
- E Não me sinto culpado de nada em particular..... (X)
Sinto-me bastante culpado..... ()
Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada..... ()
Considero que sou mau e não valho absolutamente nada..... ()

Por favor continue na próxima página

- F Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo..... (x)
 Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal..... ()
 Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado..... () 0
 Sinto que mereço ser castigado..... ()
 Quero ser castigado..... ()
- G Não me sinto descontente comigo..... ()
 Estou desiludido comigo..... ()
 Não gosto de mim..... (x) 2
 Estou bastante desgostoso comigo..... ()
 Odeio-me..... ()
- H Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa..... ()
 Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros..... () 3
 Culpo-me das minhas próprias faltas..... ()
 Acuso-me por tudo de mal que acontece..... (x)
- I Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo..... (x)
 Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar..... () 0
 Sinto que seria melhor morrer..... ()
 Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse..... ()
 Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de por termo à vida..... ()
 Matar-me-ia se tivesse oportunidade..... ()
- J Actualmente não choro mais do que o costume..... (x)
 Choro mais agora do que costumava..... ()
 Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo..... () 0
 Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade..... ()
- K Não fico agora mais irritado do que ficava..... ()
 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava..... () 3
 Sinto-me permanentemente irritado..... ()
 Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente..... (x)
- L Não perdi o interesse que tinha por outras pessoas..... (x)
 Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter..... ()
 Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas..... () 0
 Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito..... ()

Por favor continue na próxima página

- M Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente..... ()
 Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar
 decisões..... () 2
 Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras
 pessoas..... (X)
 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão..... ()
- N Não acho que tenho pior aspecto do que costumava..... ()
 Estou aborrecido porque pareço velho e pouco atraente..... ()
 Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me
 tornaram pouco atraente..... (X) 2
 Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo..... ()
- O Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente..... ()
 Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a
 trabalhar..... ()
 Não consigo trabalhar tão bem como de costume..... (X) 2
 Tenho que despender um grande esforço para fazer seja o que
 for..... ()
 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho por mais pequeno que
 seja..... ()
- P Consigo dormir tão bem como antes..... (X)
 Acordo mais cansado de manhã do que o habitual..... ()
 Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a
 adormecer..... () 0
 Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5
 horas..... ()
- Q Não me sinto mais cansado que o habitual..... ()
 Fico cansado com mais facilidade do que antigamente..... ()
 Fico cansado quando faço seja o que for..... () 3
 Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que
 seja..... (X)
- R O meu apetite é o mesmo de sempre..... ()
 O meu apetite não é tão bom como costumava ser..... () 2
 Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente..... (X)
 Perdi por completo todo o apetite que tinha..... ()
- S Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente..... (X)
 Perdi mais de 2,5 quilos de peso..... () 0
 Perdi mais de 5 quilos de peso..... ()
 Perdi mais de 7,5 quilos de peso..... ()

Por favor continue na próxima página

- Como?
- T A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual..... (.)
- Sinto-me preocupado com dores e sofrimentos, com má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis..... (.)
- Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa..... (.)
- Encontro-me totalmente preocupado com a maneira como me sinto..... (X)
- U Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual..... (.)
- Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar..... (.)
- Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual..... (X)
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual..... (.)

3

2

5

$$8 + 8 + 11 + 5 = 32$$

ponte do Crite > 30

↳ Estado Depressivo Severo.

ANEXO 6: Brief Symptom Inventory

BSI

L.R. Deroqatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ANEXO 7: Questionario de Trauma ICD-10

ICD-11 Questionário de Trauma

Instruções:

Em baixo encontra uma lista de problemas e queixas que as pessoas por vezes têm após um acontecimento traumático ou experiências de vida stressantes. Por favor, identifique a experiência que mais o preocupa e responda às questões que se seguem considerando o que sente face a esse acontecimento.

Acontecimento: _____

Quando é que aconteceu? (faça círculo)

- a. menos de 6 meses
- b. 6 a 12 meses
- c. 1 a 5 anos
- d. 5 a 10 anos
- e. 10 a 20 anos
- f. mais de 20 anos

Por favor, leia cada item com cuidado, depois faça círculo num dos números à direita para indicar o quanto tem sido incomodado por esse problema no último mês.

	<i>Nunca</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Moderada-mente</i>	<i>Muito</i>	<i>Extrema-mente</i>
1. Sonhos perturbadores que repetem parte do acontecimento ou estão claramente relacionados com ele?	0	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4
2. Imagens intensas ou memórias que por vezes lhe surgem na mente, que fazem com que sinta que o acontecimento está a ocorrer de novo, aqui e agora?	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4
3. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe recorda o acontecimento?	0	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4
4. Evitar memórias internas do acontecimento (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	0	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4
5. Evitar estímulos/coisas que fazem lembrar o acontecimento (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	0	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4
6. Estar "super-alerta", vigilante ou na defensiva?	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3	4
7. Sentir-se nervoso ou facilmente assustado? o q faz?	0	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4

Em baixo encontra uma lista de problemas e queixas que as pessoas por vezes têm em resposta a um acontecimento traumático ou a experiências de vida stressantes.

As questões referem-se aos modos como normalmente se sente, como normalmente pensa sobre si e como normalmente se relaciona com os outros. Responda às questões considerando até que ponto cada afirmação é verdadeira para si.

Quão verdade isto é para si?

	Nunca	Às vezes	Moderada-mente	Muito	Extrema-mente
1. Eu reajo intensamente a coisas que parecem não afectar assim tanto as outras pessoas.	0	X	2	3	4
2. Quando estou perturbado/chateado/preocupado, necessito de muito tempo para me acalmar	0	1	2	3	4X
3. Os meus sentimentos ficam facilmente magoados.	0	1	2	3	4X
4. Tenho episódios de raiva descontrolada. <i>Em q circunstâncias?</i>	0	1	2	3	4X
5. Eu faço coisas que as pessoas dizem ser perigosas ou imprudentes (por exemplo, conduzir a elevada velocidade)	X	1	2	3	4
6. Sinto-me interiormente adormecido ou emocionalmente desligado	0	X	2	3	4
7. Eu sou o tipo de pessoa que tem dificuldade em sentir prazer ou alegria	0	1	2	3X	4
8. Quando estou sob stresse ou tenho lembranças do meu trauma, sinto frequentemente que o mundo está distante ou parece que tudo fica diferente (por exemplo, o tempo passa mais devagar, as coisas parecem diferentes)	0	1	2	3	4X
9. Quando estou sob stresse ou tenho lembranças do meu trauma, sinto frequentemente como que se estivesse fora do meu corpo ou sinto algo estranho no meu corpo.	0	1	2	3	4X
10. Eu tenho dificuldade em saber o que estou a sentir e a descrever os meus sentimentos	0	1	2	3X	4
11. Eu sinto-me um fracasso	0	1	2	3X	4
12. Eu sinto-me sem valor	0	1	2	3X	4
13. Eu frequentemente sinto vergonha de mim, mesmo que isso faça ou não qualquer sentido.	0	1	2	3X	4
14. Eu sinto-me culpado de coisas que fiz ou que deixei de fazer	0	X	2	3	4
15. Sinto-me distante ou cortei relação com as pessoas	0X	1	2	3	4
16. Eu acho difícil manter-me emocionalmente próximo das pessoas	0	1	2	3X	4
17. Eu evito relacionamentos porque eles acabam por ser demasiado difíceis ou dolorosos	0	1	2	3X	4

Em baixo estão problemas ou sintomas que por vezes as pessoas têm e que podem ou não estar relacionados com experiências de vida traumáticas. Simplesmente responda se para si é verdade, ou não.

Para si isto é verdadeiro?	Não	Sim
1. Frequentemente ficou agitado quando pensou que alguém que amava o ia deixar?	X	1
2. As relações com as pessoas que ama têm muitos altos e baixos extremos?	0	X
3. Mudou subitamente a noção de quem é e dos seus objetivos?	0	X
4. A noção de quem é muda frequentemente de forma dramática?	0	X
5. Age de forma diferente com pessoas diferentes ou em diferentes situações de modo que por vezes não sabe quem realmente é?	0	X
6. Tem tido muitas mudanças súbitas nos seus objetivos, planos de carreira, crenças religiosas, entre outras?	X	1
7. Faz frequentemente coisas de forma impulsiva? (por exemplo, gastar dinheiro, sexo, abuso de substâncias, condução perigosa, comer demasiado)	X	1
8. Tentou magoar-se ou matar-se ou ameaçou fazê-lo?	0	X
9. Alguma vez se cortou, queimou ou arranhou de propósito?	X	1
10. Tem frequentemente mudanças súbitas de humor?	0	X
11. Sente-se frequentemente vazio por dentro?	0	X
12. Frequentemente tem explosões temperamentais ou fica tão zangado que perde o controlo?	X	1
13. Quando fica zangado bate nas pessoas ou atira coisas?	X	1
14. Quando está sob muito stresse, fica desconfiado em relação aos outros ou sente-se especialmente desorientado.	0	X

Folha de Sumário

Nome: _____ ID#: _____ Estudo: _____ Data _____

Parte 1. ICD- 11 Sintomas de PPST	Valor	Indique se cumpre Critério
(1) memórias intrusivas	3	
(2) sonhos perturbadores	1	
(3) perturbação durante exposição a lembranças (for TBI or early life trauma)	4	
É necessário pelo menos um sintoma ≥ 2		✓
(4) evitamento de pensamentos ou sentimentos	4	
(5) evitamento de actividades, lugares ou pessoas	4	
É necessário pelo menos um sintoma ≥ 2		✓
(6) hipervigilância	2	
(7) respostas de sobressalto exagerado	4	
É necessário pelo menos um sintoma ≥ 2		✓
Critério para PPST positivo: Pelo menos um sintoma em cada grupo ≥ 2		✓

0 - nunca
1 - às vezes
2 - moderadamente
3 - muito
4 - extremamente

Part 2. ICD- 11 Sintomas de PPST Complexo	Valor	Indique se cumpre critério
Regulação das emoções - Hiperactivação (itens 1-5)	13	
É necessário um somatório de 10 ou mais		✓
Regulação das emoções - Desactivação (itens 6-9)	12	
É necessário um somatório de 8 ou mais		✓
Auto-conceito negativo (itens 11-14)	10	
É necessário um somatório de 10 ou mais		✓
Relacionamentos perturbados (itens 16-18)	6	
É necessário um somatório de 6 ou mais		✓
Critérios para PPSTC positivo: Sim a: (1) Pelo menos um tipo de problema na regulação das emoções, Hiperactivação ou desactivação, 2) Auto-conceito negativo, (3) Relacionamentos perturbados e (4) PPST		✓

Parte 3. DSM-IV BPD Characteristics	Indique se cumpre critério
1. Medo de abandono (item 1)	X
2. Relacionamentos com altos e baixos (item 2)	✓
3. "Sensação instável de si (itens 3-6; cumpre critério se responder "sim" a qualquer desses itens)	✓
4. Impulsividade (item 7)	X
5. "Tentativa de suicídio ou comportamento de automutilação (itens 8 e 9; cumpre critério se responder "sim" a qualquer desses itens)	✓
6. Mudanças de humor (item 10)	✓
7. Vazio (item 11)	✓
8. Explosões temperamentais (itens 12 e 13; cumpre critério se responder sim a qualquer desses itens)	X
9. Dissociação (14)	✓
BPD Positive: Se obtiver 5 ou mais respostas positivas:	✓

ANEXO 8: Power Point da Formação ao Serviço

Comunicação de Más Notícias

Formação para profissionais de saúde

Quarta-feira, 28 de julho de 2016

A comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis de executar e, uma tarefa para a qual os profissionais de saúde recebem pouca formação e informação.

- Sendo a população alvo desta unidade, na sua maioria, pessoas idosas, frequentemente surgem casos de **doentes oncológicos, condições de foro neurológico** e casos de **patologias demenciais**, doentes com **elevados graus de dependência que refletem as suas limitações**, por vezes irreversíveis.
- Esta problemática tem também pertinência na comunicação de más notícias de âmbito social (casos de doentes sem retaguarda familiar).
- **OBJETIVOS:**
 - promover o conhecimento sobre o tema junto da equipa que acompanha os pacientes;
 - promover a qualidade do processo de comunicação de más notícias;
 - diminuir os níveis de ansiedade face à comunicação de más notícias;
 - explorar as questões éticas e deontológicas.

Má notícia

- A forma como a comunicação da má notícia se processa, tem influência direta ao nível de:

- compreensão da informação;
- satisfação com os cuidados prestados;
- nível de esperança e motivação;
- adaptação psicológica à doença

Evento que altera drástica e negativamente a perspetiva do paciente em relação ao seu futuro (Vandekief, 2001; Muller, 2002; Lima, 2003, cit in Victorino et al., 2007).

A resposta do paciente dependerá, entre outras coisas, de sua perspetiva de futuro, sendo esta única, individual e influenciada pelo contexto psicossocial do mesmo.

Comunicação relacionada com o processo médico, que traz uma ameaça ao estado mental ou físico do paciente e um risco deste ver superado o projeto de vida já estabelecido (Placek e Eberhardt, 1996; Almanza-Muñoz e Holland, 1999, cit in Victorino, et al., 2007).

Pode ser, não somente um diagnóstico terminal, mas também o diagnóstico de uma doença crónica (por exemplo, de diabetes mellitus).

Existem guidelines que orientam os profissionais de saúde no sentido de proceder corretamente à comunicação de más notícias:

- **1. Estabelecer uma relação médico-equipa de saúde-paciente adequada:** construir uma interação apropriada desde o primeiro contato, o que implica por em prática a capacidade de empatia, compreensão, desejo de ajuda, interesse e respeito de forma a reduzir a ansiedade do paciente. A conduta e o comportamento do clínico são essenciais para o bem-estar do paciente.
- **2. Conhecer cuidadosamente a história médica:** dará consistência às decisões clínicas e permitirá uma comunicação mais clara e fluida.
- **3. Ver o paciente como pessoa:** É importante que se vá além do conhecimento formal e saber quem é a pessoa a quem se oferece os cuidados. A cuidadosa exploração do paciente em termos de crenças religiosas e sistema de valores ajudarão a considerar a dimensão global do paciente.

- **4. Preparar o setting:** espaço que assegure condições de privacidade, garantindo a inexistência de interrupções. Idealmente seria um gabinete ou consultório, com a porta fechada, em que tanto o paciente como o clínico devem estar sentados, face a face, mantendo o contato visual e usando o toque apropriadamente. Outra questão importante é perceber se o paciente deseja a presença de pessoas significativas para si, que o acompanhem no momento de partilhar a informação.
- **5. Organizar o tempo:** é necessário garantir um tempo razoável para preparar o paciente, comunicar a informação, permitir um breve espaço para reflexão e possibilitar um intercâmbio entre perguntas e respostas programando, apropriadamente, o seguimento e abordando os procedimentos terapêuticos a fazer.
- **6. Aspectos específicos da comunicação:** o clínico deve adotar uma postura correta, neutra, assertiva e empática, sempre atento à linguagem corporal que o paciente manifesta, começando por perguntar "como está?" ou "como se sente?". Deve usar um tom de voz suave, pausado e usar uma linguagem sincera, evitando os monólogos. A comunicação da má notícia deve ser contrabalançada com a evidência de que alguma coisa pode ser feita. Mesmo que a cura não seja realista, deve ser mantida a esperança com o cuidado de não criar ilusões, encorajando no sentido das opções disponíveis.

- **7. Reconhecer o que e quanto o paciente quer saber:** realiza-se a exploração do conhecimento que o paciente já possui, o que requer uma escuta atenta com os objetivos de:
 - perceber de que forma o paciente apreende a sua condição clínica;
 - qual a percepção que tem a gravidade da mesma;
 - o impacto que pode ter na sua vida.

■ Esta exploração deve ser realizada com o máximo de atenção ao conteúdo emocional que o paciente expressa de forma verbal e não verbal.

■ Neste sentido, há duas perguntas importantes a serem feitas:


- 1) O que o paciente sabe sobre sua situação médica?
- 2) Quais as informações que ele deseja receber?

As respostas permitirão avaliar a percepção do paciente e saber o que informar e a melhor maneira de comunicar a informação dentro do seu nível de compreensão.

■ Caso o paciente afirme não saber nada, deve ter-se em conta que:


- pode não ter, realmente, informação
- pode não ter compreendido a informação
- pode ser uma resposta de negação.

■ A partilha de informação posterior deve ser adaptada, tendo em conta o nível de conhecimento que o paciente evidencia, do nível de compreensão e do seu modo de comunicar, ou seja, da linguagem que usa ou que evita.



► **8. Encorajar e validar as emoções:** mesmo que se possa identificar algumas expressões emocionais é importante que o profissional verifique continuamente como o paciente se sente, não antecipando a sua reação emocional. Oferecer períodos de silêncio permite que os pacientes processem a má notícia e ventilem emoções. É também importante questionar sobre as necessidades emocionais e espirituais do paciente e quais os sistemas de suporte que tem. Se necessário, oferecer referências de serviços interdisciplinares que aumentem o cuidado ao paciente.

► **9. Atenção e cuidado com a família:** o clínico deve estar atento à situação familiar do paciente e ter em conta as necessidades particulares da família em função de seus antecedentes culturais e religiosos. A presença de um membro da família geralmente serve de apoio e suporte para o paciente. No caso de más notícias previstas (antecipadas), pergunte antes quem ele quer que esteja presente e o quanto ele gostaria que os outros fossem envolvidos.



► **10. Planear o futuro e o seguimento:** Após ter recebido a má notícia, pode experimentar sentimentos de isolamento e incerteza. O profissional pode minimizar a ansiedade do paciente resumindo as áreas discutidas, verificando a compreensão e formulando um planeamento ou os "próximos passos" com o paciente. Deve ser assegurada a possibilidade de se falar sobre os sintomas, responder às perguntas, a qualquer momento em que ele perceber outras necessidades.

► **11. Trabalhar os próprios sentimentos:** Estar consciente das próprias reações, preocupações e sentimentos, é extremamente importante para que o profissional possa manter uma boa relação com o paciente, quando se comunica más notícias. Por essa razão é recomendável que depois da comunicação de uma má notícia, o profissional reserve um tempo para revisar as próprias reações. Reconhecê-las permitirá uma sensibilidade maior e melhor habilidade clínica de comunicação.

Ética e deontologia na comunicação de más notícias

A Lei das Bases de Saúde (Base XIV, nº 1, al. e) da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto confere ao doente o direito a "ser informado sobre a sua situação, as alternativas possíveis do tratamento e a evolução provável do seu estado".

Problemas na comunicação de más notícias:

- "Na transmissão da informação";
- "Nas atitudes em relação à comunicação";
- "Na comunicação afetiva".



Comunicar más notícias

Modelo SPIKES

(Baile, Buckcman, Lenzi Glober, Beale, Kudelka Spikes, 2000)




1. Preparar o Contexto - **Setting**

- Criar privacidade
- Comunicar em pessoa
- Comunicar sentado próximo do paciente
- Postura relaxada
- Cumprimentar adequadamente
- Iniciar diálogo com questão aberta



2. Descobrir o que o paciente já sabe – **Perception**

- Pesquisar crenças e expectativas acerca do problema, impacto e gravidade;
- Perguntar e ouvir antes de dizer.




3. Descobrir o que o paciente quer saber – **Invitation**

- Convidar o paciente à partilha de informação;
- Ouvir o verbal e prestar atenção ao não verbal;
- Avaliar o que o paciente se sente preparado para saber;
- Se o paciente não quiser saber, discutir apenas o tratamento e demonstrar disponibilidade para abordar o assunto noutra ocasião.



4. Partilhar informação - **Knowledge**

- Usar linguagem simples, adaptada ao paciente;
- Dizer, parar e ouvir;
- Dar tempo ao doente de reagir a cada informação;
- Confirmar se as ideias foram percebidas;
- Ouvir e considerar as preocupações do paciente.



5. Responder às reações do paciente – **Emotions**

- Reconhecer e explorar (legitimar) a presença de emoções antes de confortar o doente ou de continuar a entrevista;
- Responder às reações emocionais com:
 - Silêncios
 - Perguntas abertas
 - Comentários empáticos
 - Informação factual



6. Planear o Seguimento – *Strategy*

- Apresentar e negociar plano de proposta;
- Integrar a perspetiva do paciente;
- Supervisionar e/ou acompanhar o paciente.



Para terminar...

- Dúvidas? Questões?
- Considerações finais e conclusões.
- Partilha de experiências.
- Discussão de casos.

ANEXO 9: Poster da Formação ao Serviço



Comunicação de más notícias

FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

HOSPITAL PARTICULAR [REDACTED]
DIA 20 DE JUNHO, ÀS 15 HORAS
SALA DE REUNIOES ED.4