

# Relatório de Estágio

Joana Patrícia Teixeira de Faria

Relatório para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da  
Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2019



**CESPUI**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Joana Patrícia Teixeira de Faria

Código de Aluno 21075

## Relatório de Estágio

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Gandra, janeiro de 2019

## Declaração de Integridade

Joana Patrícia Teixeira de Faria, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declara ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## Agradecimentos

Aos meus **pais**, por todos os esforços que fizeram para que fosse possível concretizar os meus sonhos e alcançar os meus objetivos, por todo o apoio e força que sempre me deram, durante toda a minha vida, principalmente nos momentos mais complicados, nos quais continuar parecia quase impossível, por todo o amor e confiança que sempre depositaram em mim ao longo da vida e por sempre me impulsionarem a ser melhor a cada dia. Depois de tudo o que já passámos, as palavras não chegam para agradecer todas as lutas, preocupações e todos os valores que vocês me foram inculcando ao longo da vida, não chegam para agradecer tudo o que fizeram, fazem e continuarão a fazer por mim. Sou o que sou hoje graças a vocês.

À minha **família**, por acreditarem sempre em mim, por terem sempre uma palavra de conforto e de força para dar e por me animarem quando mais preciso.

À **Professora Doutora**, por todo o acompanhamento e apoio prestado nesta fase do meu percurso, por todo o conhecimento partilhado, o que promoveu a minha evolução, tanto a nível pessoal como profissional.

À **Doutora**, por todo o conhecimento transmitido e por todas as exigências que foi colocando durante este percurso, promoveu uma melhor adaptação ao exigente mundo profissional.

A todos os **professores**, por todo o conhecimento transmitido ao longo de toda a formação e por toda a sua contribuição.

A todos os **profissionais de saúde**, por todo o conhecimento partilhado, todas as opiniões e dicas que permitiram a minha evolução.

À **Diana**, por ser a minha companheira ao longo de todo o percurso académico, por estar sempre do meu lado quando mais precisei, por me apoiar quando tudo parecia correr mal, por cada palavra amiga e de conforto, por me fazer sempre rir, fosse qual fosse a circunstância, por cada gelado, cada almoço e cada "ver as montras" para ajudar a desanuviar de um dia que não tinha corrido assim tão bem, por ter partilhado comigo o melhor e o pior deste último ano, sem ela, não sei se conseguiria. Agradeço por ser a irmã que nunca tive.

Ao **Hugo**, por todo o apoio, toda a compreensão e paciência que teve ao longo deste percurso, por toda a força, pela confiança, por nunca duvidar de mim e nunca me deixar desistir, por ser o melhor ouvinte que podia pedir e ter sempre a palavra certa para me dizer e tranquilizar, por me acalmar e me fazer sentir segura sempre, independentemente do que aconteça, por ter conseguido que um ano tão complicado fosse um dos melhores da minha vida, por todo o carinho, amor, felicidade, orgulho e respeito que me faz sentir, e, principalmente, por ser a pessoa que é.

À **Rita** e à **Marcela**, pela amizade que nos une, por terem sempre um bocadinho para ouvir e dar a sua opinião em relação a tudo, por todo o apoio e por estarem sempre presentes nos momentos mais importantes.

À **Lídia**, por ser a minha confidente, por estar sempre do meu lado, por nunca duvidar de mim, por me animar e alegrar sempre que estava mais em baixo, por me acompanhar nos momentos mais importantes, por ser a minha melhor amiga há uma década e nada ter mudado, apesar da vida não permitir estarmos juntas tanto como gostaríamos, por cada riso, cada choro, cada conversa, cada brincadeira e cada momento partilhado, por ser a melhor amiga que pode existir.

Aos meus **amigos** mais chegados, por me acompanharem nas minhas conquistas, pela alegria contagiante, por todos os momentos partilhados, por serem uma presença constante na minha vida.

**A todos, o meu mais profundo e sincero agradecimento.**

## **Siglas**

**DPSM** – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**UniPsi** – Unidade de Psicologia

**CE** – Consulta Externa

**EIHSCP** – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos

**CP** – Cuidados Paliativos

**HADS** – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

**PBPI** – Inventário de Convicções e Perceções Relacionadas com a Dor

**CPCI** – Inventário de Formas de Lidar com a Dor Crónica

**PDI** – Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

**DSM-V** – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição

**DA** – Dor Aguda

**DC** – Dor Crónica

**IASP** – International Association of Study of Pain

## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Caracterização da Instituição</b> .....	<b>3</b>
Caracterização do Hospital.....	3
Caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	3
Caracterização da Unidade de Psicologia.....	3
Atribuições do Serviço de Psicologia na Instituição.....	4
Papel dos Psicólogos na Instituição.....	5
<b>Atividades Desenvolvidas durante o Estágio</b> .....	<b>7</b>
Reuniões de Orientação.....	7
Reuniões de Supervisão.....	8
Formação Complementar.....	9
Observação Participante.....	16
Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	17
Grupo Luto.....	19
Consulta Psicológica Individual.....	23
Estudo de Caso.....	23
Investigação.....	38
Conclusão.....	39
Referências Bibliográficas.....	40
Anexos.....	42

## Índice de Anexos

**Anexo 1.** Tabela sessões e objetivos do Grupo Luto

**Anexo 2.** Material de Grupo Luto da sessão 3 (Alegria)

**Anexo 3.** Material de Grupo Luto da sessão 3 (Tristeza)

**Anexo 4.** Material de Grupo Luto da sessão 3 (Medo)

**Anexo 5.** Material de Grupo Luto da sessão 3 (Nojo)

**Anexo 6.** Material de Grupo Luto da sessão 3 (Raiva)

**Anexo 7.** Material de Grupo Luto da sessão 3 (Surpresa)

**Anexo 8.** Material de Grupo Luto da sessão 6

**Anexo 9.** Diploma entregue grupo Luto

**Anexo 10.** Material Estudo de Caso sessão 1

**Anexo 11.** Material Estudo de Caso sessão 2

**Anexo 12.** Material Estudo de Caso sessão 3

**Anexo 13.** Material Estudo de Caso sessão 7

**Anexo 14.** Material Estudo de Caso sessão 9

## Índice de Tabelas

**Tabela 1.** Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas

**Tabela 2.** Caracterização dos casos clínicos de consulta psicológica individual.

## Índice de Figuras

Figura 1. Genograma de A

## Introdução

O presente relatório de estágio tem como objetivo a reflexão acerca do percurso como estagiária de Psicologia, do segundo ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, que decorreu no ano letivo 2017/2018, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O percurso de estágio curricular teve orientação da Psicóloga Clínica no local, sendo a supervisão da responsabilidade da docente no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O estágio teve início no dia 10 de outubro de 2017, com a duração de 9 meses, 3 a 4 dias por semana, com o horário variado conforme os dias, podendo ser das 9h às 18h ou das 14h às 18h. A permanência deste estágio coincidiu com a recolha de dados para a investigação, que terminará em outubro de 2018.

O presente relatório pretende apresentar o trabalho efetuado durante o período de tempo decorrido, para isso foi então dividido em duas partes. A primeira parte, onde é apresentada uma componente referente ao local de estágio, bem como as suas características. Na segunda parte, apresentando a componente prática, serão caracterizadas as atividades realizadas durante o percurso como psicóloga estagiária

## 1. Caracterização da Instituição

### Caracterização do Hospital

Em 1991, foi inaugurado, no entanto, em 2007, houve a criação do Centro Hospitalar do Alto Ave, sido fundindo com o S. José de Fafe, num único Centro Hospitalar, com sede em Guimarães.

Contudo, pelo Decreto-Lei n.º 177/2015, de 25 de agosto de 2015, em função da devolução da Unidade de Fafe à Misericórdia de Fafe, a designação do Hospital volta a ser a anterior.

A área de influência deste hospital inclui os concelhos de Guimarães, Cabeceiras de Basto, Mondim de Basto e Vizela e serve cerca de 190 mil utentes (Oliveira, 2017).

### Caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O DPSM foi inaugurado em outubro de 2003, antes disso, a prestação de cuidados em Psiquiatria e Saúde Mental era feita, desde 2000, pelo serviço de CE.

Em 2004, foi inaugurada a Unidade de Internamento de Psiquiatria. Dentro do Departamento, existem diferentes unidades de intervenção, nomeadamente Psiquiatria Geriátrica, Psiquiatria Adultos (que abrange Consulta de Casal, Psiquiatria de Ligação e Intervenção em Crise), Psiquiatria da Infância e Adolescência, Psicologia, Hospital de Dia, Programa de Prevenção de Recaídas, que apresenta várias valências como consulta de Psiquiatria/Pedopsiquiatria, Psicologia, Enfermagem, grupos de Psicoeducação/atividades para doentes e familiares e Intervenção Comunitária com Visitas Domiciliárias (Oliveira, 2017).

### Caracterização da Unidade de Psicologia

A Unidade de Psicologia está integrada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

A sua área de intervenção abrange as diferentes áreas do Departamento e os restantes serviços do Hospital. Abrange diferentes faixas etárias (Infantojuvenil e Adultos), diferentes tipos de intervenção, como consulta individual, consulta de grupo, intervenção em crise e intervenção no internamento. A *UniPsi* responde a pedidos internos hospitalares, de 2ª a 6ª, entre as 8h30 e as 18h (Oliveira, 2017).

Das atividades clínicas realizadas pela *UniPsi* são de destacar a consulta Infantojuvenil e de Adultos passando pela avaliação, orientação e acompanhamento, se justificado em termos de psicopatologia hospitalar, em desenvolvimento global/cognitivo e funcionamento global, nomeadamente, comportamento desviante e crises (Oliveira, 2017).

A *UniPsi* integra atividades com intervenção específica na infância e na adolescência, como PHDA e crianças com diabetes, além disso, apresenta áreas de intervenção em situações de crise com crianças e adultos, que podem passar por Psicologia e Saúde Mental Adultos, Psicologia Oncológica, Psicologia de Casal, Psicologia em Cuidados Paliativos, Neuropsicologia, Psicologia em Cirurgia de Obesidade mórbida, Psicologia de Família, Psicologia na Dor Crónica, nas Doenças Neuromusculares, nas Doenças Lisossomais de Sobrecarga e nas Doenças Mentais (Oliveira, 2017).

A equipa da *UniPsi* é constituída por 4 psicólogos, estando cada um responsável pelas diferentes áreas em cima mencionadas.

### **Atribuições do Serviço de Psicologia na Instituição**

A equipa da *UniPsi* é constituída por 4 psicólogos, nomeadamente a coordenadora da *UniPsi*. Esta é responsável pela intervenção realizada ao nível da Psicologia e Saúde Mental Adultos, Psicologia de Casal, Psicologia nas Doenças Lisossomais de Sobrecarga e Neuropsicologia. Sendo ainda responsável pela triagem e envio de casos para cada um dos restantes psicólogos. O segundo psicólogo é o responsável pela intervenção ao nível da Psicologia e Saúde Mental Adultos e Psicologia em Cirurgia de Obesidade Mórbida. A terceira psicóloga é responsável pela intervenção Infanto-Juvenil, nomeadamente intervenção específica na infância e na adolescência, em PHDA, na Diabetes e em situações de crise, além disso, é ainda responsável para intervenção Psicológica na Dor Crónica e, por último, tem uma psicóloga responsável pela intervenção em Psicologia e Saúde Mental Adultos, Psicologia Oncológica, Psicologia em Cuidados Paliativos, Psicologia de Família, Psicologia nas Doenças Neuromusculares e Psicologia Infanto-Juvenil. A intervenção Psicológica é realizada a nível individual e em grupo, dos quatro psicólogos, apenas uma realiza a intervenção apenas a nível individual, dos restantes, o segundo psicólogo tem grupos para intervenção na depressão e na Obesidade Mórbida, a

terceira psicóloga tem grupos para intervenção na Dor Crónica e a última tem grupos para intervenção no Cancro da Mama e no Luto.

## **Papel dos Psicólogos na Instituição**

A psicologia da saúde é a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000).

O papel da psicologia enquanto ciência e profissão envolvendo os domínios da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, com foco nas experiências, nos comportamentos e nas diferentes interações. Os psicólogos da saúde são aqueles que se responsabilizam pela compreensão da forma como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença. Podem trabalhar em diferentes contextos do sistema de saúde, quer ao nível dos serviços públicos, como é o caso do Serviço Nacional de Saúde, quer ao nível de serviços privados, nomeadamente consultórios, clínicas ou empresas e do sector social. Seja qual for o caso, estes colaboram com outros técnicos, como médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, etc. Podem ainda trabalhar em universidades, nas áreas do ensino, formação e investigação e em organismos do Ministério da Saúde. Entre as diferentes atividades clínicas realizadas pelos Psicólogos da Saúde encontram-se a Avaliação Psicológica e a Intervenção Psicológica, sendo que esta envolve três áreas, nomeadamente a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, os Efeitos do Stress sobre a Saúde, através da promoção de estratégias de confronto adequadas ou melhoria da utilização do suporte social e Prestação de Cuidados Psicológicos a indivíduos com Perturbações Mentais. Outra das atividades realizadas é a Investigação, que aborda cinco áreas, sendo elas Compreensão da Génese e Manutenção dos Problemas de Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças, Facilitação e Potenciação do Diagnóstico e Tratamento Médicos, Avaliação e Tratamento de Problemas de Saúde e Melhoria do Sistema de Cuidados de Saúde. Assim sendo, pode-se concluir que a Psicologia tem um papel determinante nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente com Atividades de Promoção de Saúde e Prevenção, com Consultas Psicológicas, nos Cuidados Continuados, para Humanização e Qualidade, em Investigação e Formação. A atividade dos psicólogos da saúde deve organizar-se de acordo com o princípio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o que envolve 4 aspetos

essenciais: Definição do Papel Profissional, Plano de Atividades, Desenvolvimento Profissional Contínuo e Qualidade dos Serviços Psicológicos (Teixeira, 2007).

## 2. Atividades Desenvolvidas durante o Estágio

### Reuniões de Orientação

As reuniões de orientação aconteciam às segundas-feiras, numa periodicidade semanal, a das 11h às 12h, no gabinete pessoal da orientadora.

No primeiro trimestre, de outubro a dezembro de 2017, as reuniões de orientação tinham como objetivo a integração no DPSM e na EIHS CP. De seguida, as reuniões tiveram como objetivo a correção das notas tomadas pela aluna durante a observação participante, que decorreu neste mesmo período de tempo, de forma a modificar as notas, tornando-as mais sintetizadas, focando-as nas informações mais pertinentes, de forma a cumprir os requisitos do registo informático (SCLínico). Além disso, estas primeiras reuniões de orientação tiveram como objetivo a entrega dos respetivos casos clínicos individuais, as consultas de grupo e as avaliações psicométricas a serem realizadas.

No segundo trimestre, de janeiro a março de 2018, as primeiras reuniões de orientação tinham como objetivo a análise da informação recolhida nas primeiras sessões, da psicometria proposta e da hipótese de diagnóstico proposta, nas reuniões seguintes era realizada a avaliação e a correção ao plano de intervenção proposto de forma a iniciar a Intervenção Psicológica. Após isso, as reuniões de orientação tinham como principal objetivo a análise e correção das notas clínicas das diferentes sessões de cada caso clínico individual, bem como dos objetivos e material propostos para a sessão seguinte, o mesmo acontecia para as sessões de grupo.

No terceiro trimestre, de abril a junho de 2018, os objetivos das reuniões de orientação mantiveram-se, de forma geral, os mesmos. No entanto, nas últimas reuniões foram discutidos os relatórios de acompanhamento dos casos clínicos individuais e de grupo.

No fim de todos os trimestres, era realizada uma reunião de orientação que tinha como objetivo a auto e hétero avaliação da aluna e discussão dessa mesma avaliação.

Em todas as reuniões de orientação era realizado um resumo dos pacientes e seus familiares, que iriam participar no projeto de investigação denominado de "Avaliação da eficácia de intervenção terapêutica baseada no Modelo da Dignidade em doentes em fim de vida".

As reuniões de orientação tinham ainda como objetivo a colocação de dúvidas e de problemas, bem como a resolução dos mesmos, em conjunto com a orientadora.

## **Reuniões de Supervisão**

As reuniões de supervisão decorriam, de forma geral, às quintas-feiras a partir das 18h, mantinham uma periodicidade quinzenal, com a professora doutora responsável, nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, em grupo ou de forma individual.

Os principais objetivos das reuniões de supervisão eram acompanhar o percurso das alunas, resolução de questões, problemas ou preocupações, que eram colocadas pelas alunas, em conjunto e discutir os diferentes casos clínicos, bem como das consultas de grupo, para que a intervenção realizada fosse coerente e a mais correta. Além disso, a supervisora exigia a entrega de trabalhos e documentos referentes a diferentes partes do presente relatório, ou referentes às atividades realizadas.

Assim sendo, as reuniões referentes ao primeiro semestre, de outubro a dezembro de 2017, tinham como objetivo a integração das alunas nas diferentes instituições, assim como a redação e entrega do Plano de Estágio.

Nas reuniões referentes ao segundo semestre, de janeiro a março de 2018, os objetivos refletiam-se no acompanhamento e discussão dos casos clínicos individuais e nas consultas de grupo, onde se analisava o diferente material necessário para as sessões e a evolução dos casos clínicos. Relativamente ao grupo, foi também apresentado um documento com todas as sessões do grupo, assim como os objetivos de cada uma delas. Além disso, nestas sessões iniciou-se a análise e discussão do estudo de caso.

No terceiro trimestre, de abril a junho de 2018, as reuniões tinham como principal objetivo a elaboração do estudo de caso, bem como a colocação de dúvidas existentes, tanto em relação ao estudo de caso, como em relação ao presente relatório.

Todas as reuniões de supervisão tinham como objetivo o acompanhamento, com proximidade, de todo o percurso das alunas, o que permitia uma discussão mais aprofundada das diferentes questões ou preocupações sentidas.

## Formação Complementar

Foram várias as formações complementares assistidas durante todo o percurso do estágio curricular, sendo que existiram duas formações realizadas pela estagiária, de forma individual, e uma formação realizada em conjunto com a colega Diana Ferreira. Além disso, dentro do DPSM existiam formações com periodicidade quinzenal, sendo na sua maioria casos clínicos.

### I Jornadas de Cuidados Paliativos da Fundação Domus Fraternitas

Estas jornadas focaram-se nas diferentes variáveis, pessoais e profissionais, que estão envolvidas e são necessárias dentro de uma equipa ou unidade de CP, para isso, existiram diferentes ações e apresentações, umas que incidiam mais na Psicologia, outra na Medicina e outras mais específicas para a Enfermagem.

As jornadas iniciaram com a apresentação denominada "Narrar a Vida", do Hospital de Braga. Nesta apresentação, foram reveladas, de forma anónima, histórias de pessoas que viveram e vivem o cancro de perto, o primeiro testemunho era de uma paciente de 32 anos, com dois filhos, neste caso, as oradoras contaram a história pessoal desta doente, abordando as reações e os medos por ela sentidos, bem como as respostas e apoio fornecidos. De seguida, as oradoras contaram momentos e sentimentos vividos como cuidadores formais, mencionando as dificuldades e necessidades dos cuidados formais para estarem aptos numa situação destas, referindo a necessidade de apoio psicológico para os profissionais de saúde desta área específica. Por último, deram a conhecer o testemunho de um senhor de 46 anos, que seria o cuidador do seu tio, um senhor de 80 anos, reformado e que habitava na zona rural, também aqui incidiram sobre as dificuldades e importância do apoio dos profissionais de saúde aos cuidadores informais e seus familiares, nas diferentes etapas da doença, seja em tratamentos, internamentos, ou consultas externas.

De seguida, a formação incidiu sobre o toque terapêutico, apresentada pelo enfermeiro. Nesta formação foi então explicado o que é o toque terapêutico e a sua importância nos CP, isto porque, o toque terapêutico ajuda no controlo da ansiedade, depressão e dor, podendo então ser coadjuvante aos restantes tratamentos, para isto é necessário a existência de um ambiente propenso, nomeadamente pouca luz, música agradável, de

forma a eliminar os sons parasitas, aroma agradável, encontrar-se deitado e manter uma respiração tranquila, em estado de relaxamento. O orador reforçou a importância deste toque para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, referindo alguns exemplos dele conhecidos.

Uma das oradoras foi a Enfermeira, que pertence à EIHS CP, em que referiu a importância do Humor em CP.

Aqui, a oradora explicou que o humor está presente na maioria das interações humanas, ou seja, os cuidados de saúde implicam interações humanas das quais faz parte o humor.

Os eixos estruturantes em CP são então: comunicação eficaz e assertiva, humor e interações humanas. Assim, a oradora apresentou o Modelo SMILE, onde S significa sorrir, o M significa manter o contacto visual, o I significa usar a Intuição e Imaginação, O L significa procurar ouvir e aproveitar as oportunidades e o E significa lembrar as interações anteriores. Para isso acontecer, é importante ter sempre presente os significados do humor, nomeadamente atitude positiva, fonte de bem-estar ou prazer, forma de estar na vida, brincar, carinho, alegria e sorriso.

As estratégias mobilizadas no uso do humor são então as habilidades comunicacionais e a partilha de experiências na equipa e este pode ser utilizado em momentos que envolvem emotividade, passagens de turno, quando este foi complicado, por exemplo, na interação com os doentes e na relação da equipa, devendo ser utilizado diariamente. O Humor, em CP, traz benefícios aos doentes e família, com o alívio do sofrimento, do medo e da ansiedade, facilita a relação, promove o bem-estar e o ânimo, promove a adesão terapêutica e despoleta sorrisos, traz benefícios aos profissionais de saúde, prevenindo o *burn out* e para a equipa com uma melhoria das estratégias de *coping*.

Assim sendo, o humor representa um papel muito importante no estabelecimento de uma relação cordial e de respeito entre o profissional de saúde e os doentes e seus familiares, bem como a sua manutenção.

Por último, a Enfermeira explicou as diferentes necessidades dos Pacientes e Famílias em CP. Para o desenvolvimento de CP é necessário empatia e inteligência social, é preciso sensibilizar, avaliar as necessidades (planear), formação específica e diferenciada e implementar ações e medidas.

As necessidades associadas à doença estão representadas no Modelo das Necessidades Associadas à Doença (A Model to Guide Palliative Care) e são elas as necessidades dos doentes, dos familiares, necessidades psicológicas, sociais e espirituais e ainda outras necessidades.

Desta forma, é importante ter em consideração as diferentes necessidades em CP, para que o impacto destes seja positivo na qualidade de vida dos doentes e seus familiares.

### **Formação de Suporte Básico de Vida**

A formação decorreu das 9h às 13h.

Inicialmente foi apresentada uma componente teórica, onde eram explicados os procedimentos a serem aplicados em caso de urgência, com base numa apresentação em PowerPoint e no Manual de Suporte Básico de Vida. Foram explicados os procedimentos e os códigos de segurança a serem utilizados dentro e fora do hospital. Por fim, foi realizado um pequeno teste teórico, para confirmar o que ficou retido da apresentação teórica.

Na segunda parte, foi apresentada a componente prática. O grupo foi dividido em dois grupos e, à vez, foram simulados diferentes casos de urgência, onde cada um dos membros do grupo deveria simular a chamada de emergência e os procedimentos de reanimação cardio-pulmonar, para isso, era necessário ter conhecimento do Algoritmo de Suporte Básico de Vida, que consta em avaliar se existem condições de segurança, avaliar a consciência da vítima, libertar as vias aéreas (LVA), verificar se existe respiração, se ventilar normalmente coloca-se a vítima na posição lateral de segurança (PLS, também aprendida e treinada nesta formação), se não ventilar normalmente será então necessário chamar o apoio especializado (112), também aqui foi ensinado quais as informações pertinentes a serem dadas ao apoio especializado, de seguida inicia-se as 30 compressões, seguidas de 2 insuflações, deve-se alternar 30 compressões e 2 ventilações até a vítima respirar normalmente, o apoio especializado chegar ou exaustão do reanimador, caso a vítima não apresente condições para a realização das 2 insuflações, deve manter-se de forma contínua as compressões torácicas ao ritmo de 100 ou 120 por minuto, neste caso, deve proceder-se à troca de reanimador de dois em dois minutos, para manter a eficácia das compressões.

Foram ainda transmitidos os procedimentos corretos e necessários para a Desobstrução das Vias Aéreas, tanto em obstrução parcial como total, com vítima consciente e inconsciente, além disso, foi instruído como colocar a Posição Lateral de Segurança.

Esta formação demonstrou grande importância, tanto a nível profissional como pessoal, pelo que todos os profissionais de saúde deveriam receber formação deste tipo, pois é uma forma de ajudar a vítima enquanto o apoio especializado não se encontra no local, de forma a prevenir certas sequelas que poderão decorrer da demora desse mesmo apoio.

### **A Resposta de Luto**

A formação incidiu sobre o tema Luto, no entanto, esteve dividida em duas partes. A primeira estava relacionada com o que era o luto, as diferentes respostas de luto, diferentes tipos e as diferentes fases, fazendo a distinção entre luto normativo e luto patológico, explicando os sinais de alerta existentes, de forma a prevenir os profissionais de saúde das diferentes áreas, que se encontravam a assistir à comunicação.

De seguida, a oradora mencionou alguns casos clínicos e explicou qual a intervenção mais adequada e quais as técnicas a serem utilizadas, demonstrando a grande importância da prevenção dos profissionais de saúde para os sinais de alerta de um luto patológico, bem como a sua influência nas atividades de vida diária e na qualidade de vida da população.

### **Criança e Jovem Hoje – II Encontro do Serviço Social**

Esta formação incidiu sobre as diferentes problemáticas existentes nas crianças e nos jovens de hoje em dia, nomeadamente a exclusão social das crianças, crianças e jovens vítimas de maus tratos, o trabalho interdisciplinar na prevenção e na intervenção do risco na criança e jovem, o acolhimento de crianças e jovens com dificuldades, comportamentos de risco na adolescência, apoio a crianças refugiadas e prevenção do *Bullying*.

Dentro dessas problemáticas, foram explicados os fatores predisponentes e de alarme que são manifestados pelas crianças e jovens que se encontram em situações de risco, bem como o que pode ser realizado e que tipo de intervenções a serem feitas com eles e com as suas famílias, pois grande parte das crianças e jovens encontra-se nessas situações devido a problemas familiares, que podem ser falta de regras, falta de diálogo, sensação de falta de interesse, falta de motivação, falta de apoio, entre outros.

Esta formação serviu então para que os profissionais de saúde entendessem os sinais de alerta, de forma a identificá-los caso estejam perante um desses casos, assim como compreender e o que pode ser feito junto dessas crianças e jovens e como intervir junto deles e das suas famílias.

### **Comportamentos Aditivos no Idoso – III Encontro de Psicogeriatría**

Esta formação incidiu sobre os comportamentos aditivos do Idoso, mais especificamente o alcoolismo e a dependência de medicação.

O envelhecimento está associado a grandes mudanças, nomeadamente físicas, cognitivas, emocionais, sociais e familiares e a uma permanente adaptação. Assim, cerca de 17% da população com idade superior aos 65 anos apresenta um consumo excessivo de álcool, o que, segundo a oradora, estará associado a essas mudanças e às dificuldades sentidas para se adaptarem.

Há, no entanto, questionários de rastreio que permitem verificar a existência de comportamentos de consumo de álcool, nomeadamente o CAGE, onde duas ou mais respostas positivas indicam um consumo de álcool patológico, contudo e apesar deste comportamento, existe um bom preditor de sucesso da reabilitação e prevenção de recaídas, pois a adesão ao tratamento é maior nos idosos, comparativamente com os jovens. Esta reabilitação e prevenção de recaídas tem como objetivos a manutenção da motivação e mudança de atitudes do doente, diminuindo o risco de recaída, para isso existem os tratamentos farmacológicos e os psicoterapêuticos, nomeadamente a Psicoeducação, que pode ser dirigida tanto ao doente como à família, a Terapia Cognitivo Comportamental e a Psicoterapia de grupo.

Existe também dependência de medicamentos, onde os idosos apresentam um consumo inapropriado de medicamentos. Neste caso, os fatores de risco são ser do género feminino, solteiro, isolamento social e baixo grau de escolaridade e a classe de fármacos com maior índice de abuso são a benzodiazepinas e os opiáceos. Também neste tipo de dependência o tratamento poderá ser farmacológico ou psicoterapêutico.

Estes comportamentos de consumo patológico de álcool ou medicamentos leva a um declínio cognitivo mais insidioso. Um consumo ligeiro ou moderado de álcool poderá ter um efeito neuroprotetor, enquanto um abuso crónico provoca um efeito neurotóxico

direto ou indireto. Das demências existentes, entre 4% a 10% são consideradas demências alcoólicas, onde sujeitos com idade avançada e longa história de abuso de álcool apresentam maior risco, apresentando também, nas fases iniciais, alterações mais frontais.

Já as benzodiazepinas apresentam mais efeitos cognitivos, recaindo sobre a diminuição da atenção e amnésia anterógrada, alterando a memória declarativa ou explícita. No entanto, não há associação entre o uso continuado de benzodiazepinas e um maior risco de demência.

Para que o tratamento, a reabilitação e prevenção de recaídas funcionem, seja com fármacos ou com psicoterapias, será necessário quebrar esse ciclo vicioso.

### **A Literacia em Saúde**

Esta formação incidiu sobre a importância da Literacia na área da Saúde, bem como a sua importância para a compreensão e aceitação dos diagnósticos e tratamentos prescritos.

Nesta formação foi explicado que será necessário melhorar a comunicação entre profissional de saúde e o doente, adaptando o discurso e as palavras a cada paciente de forma individual, isto porque, nem todos os pacientes apresentam o mesmo grau de escolaridade, nem todos a mesma capacidade de diferenciação, assim, quando se pretende comunicar com um paciente que apresenta uma diferenciação mais baixa, será positivo adaptar o discurso de forma que este entenda, isto é, evitar a utilização de termos médicos complexos e substituir por termos que sejam de fácil entendimento e utilizar exemplos que sejam da área do paciente, sendo que isto refere-se a todo o percurso da doença e tratamento e a toda a relação terapêutica.

Assim, é necessário ter em conta as características de cada doente, de forma a explicar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de um modo a que o paciente compreenda o que está a acontecer e o que será necessário fazer, quando isto ocorre, a adesão ao tratamento é considerada superior às situações em que isto não acontece.

## **Estratégias de Comunicação em Cuidados Paliativos**

Esta formação foi direcionada para a equipa dos CP e foi apresentada pelo Prof. Dr. R. T. Foi dividida em duas partes, uma componente teórica e uma componente prática.

Na componente teórica, o orador explicou o que são más notícias e explorou como são transmitidas pela equipa, verificando e exaltando o que foi falado e explicado na formação “A Literacia em Saúde”, chegando à conclusão que os pacientes nem sempre acabam as consultas com plena consciência do seu diagnóstico e tratamento. Assim, e de acordo com essa informação, o orador apresentou dois modelos de comunicação de más notícias, o Modelo CLASS e o Modelo SPIKES.

Ainda na componente teórica, o orador explicou o que são más notícias e apresentou alguns exemplos relacionados com más notícias em Oncologia. Além disso, apresentou o Roteiro Genérico de Comunicar Más Notícias, que é constituído por 5 passos, avaliar o estado emocional e psicológico do paciente, dar informação de forma gradual, descobrir o que o paciente sabe sobre a sua doença, descobrir o quanto o paciente quer saber e dividir, partilhar informação.

Na componente prática, realizou-se um questionário acerca dos temas abordados e uma dramatização, de forma a por em prática o que foi aprendido na teoria, sendo também entregue um exemplo de caso clínico.

## **Vinheta Psicométrica – Escala de Luto Antecipatório, Inventário de Luto Complicado e Inventário de Crescimento Pós-traumático – Versão Reduzida**

Esta formação foi realizada pela estagiária, na UniPsi, e teve como objetivos principais a apresentação dos instrumentos psicométricos utilizados na recolha de dados da investigação, a explicação das suas características principais, nomeadamente a tradução e validação para a população portuguesa, pontos de corte e a sua cotação, além disso, foi também explicado como se procede à administração de cada um dos questionários psicométricos.

## **Vinheta Psicométrica – INECO Frontal Screening**

Nesta formação, realizada em conjunto com a colega, procedeu-se à apresentação do instrumento INECO Frontal Screening, também utilizado na investigação para avaliar as funções executivas, sendo esta também realizada na UniPsi.

Aqui, os principais objetivos iam de encontro com a formação anterior, pois também nesta formação foi apresentada a sua tradução e validação para a população portuguesa, os seus pontos de corte e como cotar. Além disso, como o INECO é um instrumento constituído por várias subprovas, foram explicadas individualmente cada uma delas, explicando a sua administração e cotação individualmente.

## **Avaliação e Intervenção Neuropsicológica num quadro de Doença Orgânica, no utente e seus familiares – Demência Frontotemporal**

Esta formação foi realizada pela aluna e foi dirigida aos profissionais de saúde do DPSM, no fim de uma reunião de serviço.

Foi apresentado um caso clínico, seguido em CE neste departamento. Iniciou-se com uma pequena apresentação do paciente, do motivo do encaminhamento e dos seus sintomas e queixas principais, tanto do paciente como dos seus familiares que o acompanharam às consultas. De seguida, foi apresentada a avaliação neuropsicológica realizada, assim como os resultados obtidos e as dificuldades sentidas durante todo o processo de avaliação.

Após abordado o processo de avaliação, foi apresentado um plano de intervenção neuropsicológica, que era constituído por 10 sessões, cada uma composta por um conjunto de exercícios que promoviam a reabilitação de alguns dos sintomas apresentados, bem como a adaptação pessoal e familiar, assim como a participação dos familiares em todo o processo de intervenção.

Por último, foi apresentado um enquadramento teórico, que ia de encontro com a informação recolhida e demonstrada no caso clínico, onde era abordada a definição de Demência Frontotemporal, as suas características, principais causas associadas, principais sintomas e queixas, diagnóstico e as suas consequências para a vida pessoal, bem como as alterações sentidas no meio social e familiar. Como conclusão, foi explorada a pertinência de uma avaliação e intervenção neuropsicológica precoce, que permite uma

melhor adaptação e aceitação da doença, bem como uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes diagnosticados e nas suas relações sociais e familiares.

## **Observação Participante**

Realizada no primeiro trimestre, de outubro a dezembro de 2017. Durante a observação participante, foram várias as atividades observadas, nomeadamente consultas individuais e consultas em grupo, reuniões da EIHS CP e internamento. A observação participante foi realizada com todos os psicólogos da UniPsi.

Ao observar as consultas dos diferentes profissionais, assistiu-se a diferentes avaliações, diferentes tipos de consulta, diferentes especialidades e diferentes técnicas. Foi possível perceber que cada um mantém uma relação diferente com os pacientes e que cada consulta é diferente das restantes, mesmo nas consultas de grupo existem grandes diferenças entre os diferentes profissionais e a forma como promovem as capacidades trabalhadas em casa sessão.

Isto permitiu uma partilha de conhecimento e de aptidões, dentro das diferentes áreas, que ajudaram e permitiram uma melhor capacidade para os casos clínicos individuais e em grupo, além disso, a observação participante promoveu uma melhor integração e uma melhor relação de confiança com todos os profissionais da UniPsi, não se limitando à orientadora local. Isso permitiu um crescimento a nível pessoal e profissional, melhorando a capacidade de criar e manter uma relação terapêutica com todos os pacientes com quem se teve contacto.

## Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica e neuropsicológica foi realizada a vários níveis e com diferentes casos, sendo necessária a utilização de diferentes provas e instrumentos de avaliação.

Foram realizadas quatro avaliações, sendo que duas delas eram avaliações psicológicas e as restantes avaliações neuropsicológicas. As primeiras consistiram em duas avaliações psicométricas infanto-juvenis e foram realizadas em contexto de CE. As duas últimas foram duas avaliações neuropsicológicas, uma realizada em contexto de CE e outra realizada em contexto de internamento, no DPSM, como demonstra a tabela seguinte.

Identificação	Problemática	Avaliação Psicológica	Observações
M. J.	Avaliação Neuropsicológica Internamento Psiquiátrico	Figura Complexa de Rey; Teste Breve de Avaliação Frontal; INECO Frontal Screening; SCL-90R.	Sem critérios psicopatológicos significativos.
M, 5 anos	Avaliação Psicométrica	Achenbach Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths	Sem critérios psicopatológicos. Alta
J, 8 anos	Avaliação Psicométrica	Achenbach Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças	Sem critérios psicopatológicos. Alta.
A, 49 anos	Avaliação Neuropsicológica	Escala de Memória de Wechsler	Demência Frontotemporal. Acompanhamento por neuropsicóloga efetiva.

Tabela 1. Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas

Realizaram-se duas avaliações psicométricas infantis, uma para orientação escolar e outra de rotina, para avaliar o desenvolvimento por ser um caso de uma criança nascida prematura. Em ambas, a avaliação foi realizada em 3 consultas, uma primeira para recolha de anamnese e de informação pertinente e as outras duas para a aplicação das respetivas escalas, procedeu-se à elaboração de um relatório e posterior devolução dos

resultados, numa quarta consulta. Em ambos os casos, nenhuma das crianças apresentaram critérios psicopatológicos, pelo que tiveram alta.

Realizou-se uma avaliação neuropsicológica conjunta durante o internamento de uma paciente, de forma a avaliar o estado mental e memória da paciente, para verificar se existia relação com a problemática que levou ao internamento. Neste caso, realizaram-se três consultas e os dados obtidos foram entregues à profissional responsável.

Por último, realizou-se uma avaliação neuropsicológica ao paciente que apresentava graves queixas de perda de memória e de desinibição. Foi pedida esta avaliação de forma a verificar a possibilidade de diagnóstico de Demência Frontotemporal. Segundo os resultados e as informações recolhidas durante as consultas, sendo necessárias 7 consultas para aplicar a Escala de Memória de Wechsler devido a sonolência e cansaço do paciente, conclui-se a existência dessa mesma possibilidade. O caso foi orientado e transferido para a profissional responsável.

## **Grupo de Luto**

O Luto é considerado um acontecimento marcante, que pode ser considerado traumático e que apresenta enormes significados na vida dos indivíduos (Boelen, Keijser, Hout, & Bout, 2007). Fala-se de Luto normativo quando a perda de algo ou alguém importante acaba por ser aceite e a capacidade de continuar com a vida regularmente se mantém (Parkes, 2006). No entanto, há situações em que este processo não é experienciado de um modo normativo, nesses casos, estamos diante de uma situação de luto considerado complicado, ou seja, um luto que se apresenta mais prolongado e intenso do que aquilo que seria esperado (Costa, 2012).

O grupo é constituído por indivíduos de ambos os géneros, sendo que a maioria é do género feminino, que perderam um familiar devido à doença oncológica, abrangendo diferentes fases da resposta de luto e diferentes tipos de relação vinculativa com o familiar, foram sinalizados e inscritos na Consulta de Psicologia da UNIPSI, antes dos familiares faleceram, e aceitaram participar neste grupo, voluntariamente.

As duas primeiras sessões foram realizadas pela orientadora, sendo que a intervenção em grupo da estagiária começou na sessão 2.

**Sessão 0 e 1:** Apresentação.

**Sessão 2:** Aplicação da Psicometria proposta: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), Questionário de Estratégias de Coping (WCQ), Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS) e Inventário de Luto Complicado (ICG).

Educação para a Saúde: O que é o Luto, as fases do luto, tipos de luto, tarefas de luto, dimensões do luto e a importância da Psicologia no apoio e prevenção do luto. No fim da sessão, os membros do grupo identificaram qual a fase do luto em que pensavam encontrar-se, as tarefas de luto já realizadas e as que ainda estavam em falta, além disso, demonstraram compreender os assuntos abordados, verbalizando.

**Sessão 3:** Nesta sessão, os participantes identificaram emoções básicas, como a alegria, raiva, nojo, medo, tristeza e surpresa. Demonstraram reconhecer as emoções, pois foram capazes de as identificar pelo nome, se era considerada uma emoção agradável ou desagradável, se alguma vez a experienciaram, quando foi que isso aconteceu e o que fizeram para controlar/regular essas emoções.

De seguida, cada um deles falou sobre a emoção que pensavam prevalecer na sua vida e que estratégias tomavam para controlar/regular essa emoção. Neste caso, os membros do grupo mencionaram que a emoção que prevalecia nas suas vidas seria a tristeza e a raiva, no entanto, foram capazes de reconhecer que também existem momentos de alegria, verbalizando o desejo de aumentar a existência desses momentos. No entanto, não demonstraram reconhecer técnicas e estratégias de gestão emocional adaptativas.

Assim, foram apresentadas estratégias de gestão emocional, que iam de encontro com as emoções mais verbalizadas, nomeadamente, regulação da experiência emocional, regulação da expressão emocional, autoconsciência emocional, autoavaliação, autoconfiança, autodomínio emocional, otimismo e empatia. Dando exemplos e refletindo nos assuntos abordados durante a sessão.

**Sessão 4:** Segundo a literatura, os indivíduos enlutados geralmente têm dificuldade em retornar ao seu nível normal de atividade e funcionamento diário. Monk, Houck e Shear, em 2006, avaliaram as atividades diárias registadas nos diários de indivíduos enlutados e

verificaram que, estes indivíduos têm significativamente menos contacto com os outros, ignoraram mais refeições, começaram a trabalhar mais tarde e participaram em menos atividades ao ar livre.

Então, nesta sessão, foram apresentados diferentes tipos de atividades de vida diária, com a utilização de imagens projetadas em PowerPoint, onde cada um dos membros identificou qual a atividade apresentada e quais gostavam mais de praticar. De seguida, os pacientes planearam uma agenda semanal, onde incluíram pelo menos 1 atividade social e 1 atividade que eles gostassem, esta agenda foi cumprida até à sessão 5.

Esta sessão teve como objetivo principal facilitar e promover a aquisição de uma rotina normativa.

**Sessão 5:** Nesta sessão, os membros do grupo foram convidados a recordar a vida com o seu familiar antes da doença oncológica. Cada um deles, individualmente, falou sobre o seu familiar, recordaram os melhores momentos que tiveram em conjunto, como foi explicado, os membros do grupo apenas recordaram e partilharam histórias e sentimentos positivos e agradáveis, isto para que se lembrassem que tiveram mais momentos agradáveis do que momentos tristes e negativos. Foi também permitido a utilização de fotografias, para que os restantes membros associassem um rosto à história, aumentando assim a empatia entre os diferentes elementos.

De seguida, utilizou-se o método narrativo de Niemeyer (2002), para promover a reconstrução do significado após o luto. Nesta fase, os diferentes membros mencionaram o significado que o relacionamento com a pessoa falecida deixou na sua vida, onde foi pedido que refletissem sobre o significado dessa pessoa na sua vida e como essa pessoa influenciou o seu próprio comportamento, personalidade e pensamento.

Esta sessão foi importante porque permitiu reforçar o significado da pessoa falecida após a morte, reforçando que a pessoa falecida deixou marcas em cada um deles, ajudando a torna-los nas pessoas que são hoje, reconstruindo assim, o significado da pessoa após o luto, ou seja, a pessoa partiu, mas deixou traços importantes em cada um dos seus familiares, sejam eles esposas ou maridos, filhos, sobrinhos ou netos. Além disso, esta sessão promoveu o aumento de empatia existente entre os membros do grupo, fortificando assim a relação entre eles.

**Sessão 6:** Na sessão, os pacientes foram questionados acerca dos diferentes tipos de problemas sentidos após a morte do seu familiar e o que fizeram para ultrapassar isso. De seguida, foram apresentadas as diferentes técnicas de Resolução de Problemas, apresentando os passos essenciais para resolver um problema, identificados por (Bransford & Stein, 1993), nomeadamente, reconhecer ou identificar a existência de um problema, definir e representar mentalmente qual é o problema, desenvolver uma estratégia ou plano de solução, organizar o conhecimento sobre o problema, destinar recursos mentais e físicos à resolução, monitorizar o progresso em direção ao objetivo e avaliar se a solução é adequada. Isto permitiu concluir que a estratégia mais utilizada não seria resolução de problemas, mas sim a fuga e o evitamento.

Assim, promoveu-se a valorização da capacidade de resolução de problemas, desvalorizando os comportamentos de fuga ou de evitamento, explicando a importância de estimular essa capacidade. No decorrer das sessões seguintes, verificou-se que os elementos do grupo demonstravam reconhecer e utilizar diversas estratégias de resolução de problemas, evitando estratégias de fuga.

**Sessão 7:** Nesta sessão, os pacientes identificaram quais as suas responsabilidades antes e após o falecimento do seu familiar, valorizando a capacidade de adaptação e de resolução de problemas, reforçando que a primeira responsabilidade é cuidar deles próprios.

De seguida, os membros do grupo foram questionados acerca das pessoas que, na sua opinião, mais apoio lhes dá, identificando cada uma dessas pessoas. Reforçou-se a importância e a valorização de um bom suporte social, o que permitiu fortalecer a crença de que não estão sozinhos.

Assim, foi explicado que, quando uma pessoa se encontra em situações difíceis, tem tendência a recorrer à sua família, amigos e profissionais para encontrar apoio e ajuda. Quando estamos perante uma situação complicada, é importante procurar apoio das pessoas que são importantes para nós, porque, além de melhorar o que sentimos irá fortalecer a nossa ligação com essas pessoas, diminuindo assim a sensação de que estamos sozinhos.

Conclui-se que, no luto, é importante o apoio para não sentirmos que estamos sozinhos e desamparados, no entanto, é também importante a valorização desse grupo de apoio, isto porque, não é só para nós que a situação de perda é complicada, também os nossos familiares sentem essa mesma perda, assim, a ajuda deverá ser mútua e apreciada e não ser vista como uma obrigação.

**Sessão 8:** Nesta última sessão, realizou-se o *follow up*, com o preenchimento dos instrumentos psicométricos utilizados na sessão 2 e preparou-se a alta dos pacientes.

A maioria apresentou melhorias significativas e recebeu alta, no entanto, em três casos, esta melhoria poderia não ser mantida, pelo que foram transferidos para o próximo grupo de luto.

Por fim, entregou-se um diploma de participação a cada elemento do grupo.

## Consulta Psicológica Individual

Identificação	Problemática	Avaliação Psicológica	Abordagem Terapêutica	Observações
L.S. 68 anos	Cuidadora de sujeito com ELA; Perturbação de Adaptação.	HADS; ELA; QMLA; QASCI;	Educação para a Saúde	Alta, melhoria observada
S. 37 anos	Cancro da Mama; Perturbação de Adaptação Ansiosa.	HADS; WHOQOL – Brief; Escala de Autoestima de Rosenberg; Brief Cope;	Terapia Cognitivo Comportamental	Alta, sem critérios psicopatológicos
A. 46 anos	Dor Crónica; Perturbação de Adaptação.	HADS; PBPI; CPCI; PDI;	Terapia Cognitivo Comportamental	Alta, melhoria observada
R.M 17 anos	Ansiedade Social.	Achenbach; SAS – A; CDI;	Terapia Cognitivo Comportamental	Alta, sem critérios psicopatológicos
R. 8 anos	Imaturidade emocional e comportamento evitante	Achenbach CDI	Gestão Emocional	Alta, sem critérios psicopatológicos

Tabela 2. Caracterização dos casos clínicos de consulta psicológica individual.

## **Estudo de Caso**

### **Identificação:**

Indivíduo do gênero masculino, com 46 anos de idade. É casado há 21 anos e tem um filho com 19 anos. Habita em residência própria, com a esposa e o filho. Tem o 6º ano de escolaridade. Trabalhou desde aí em fábrica de têxtil. Neste momento, encontra-se reformado.

### **Motivo e Pedido:**

O pedido foi encaminhado pelo Serviço de Psiquiatria – Dor, com a descrição do seguinte motivo: avaliação e orientação psicológica.

Apresenta revolta evidenciada no seu discurso, fraca aceitação da sua condição de saúde e das limitações com ela associadas e ideação suicida passada.

Apresenta um discurso centrado nas atividades realizadas anteriormente e nos sentimentos de invalidez, bem como na frustração com eles associados, centrando-se também na presença constante da dor, por não se encontrar controlada.

### **História de Vida:**

A é o irmão mais novo de uma fratria de 6.

Segundo informação recolhida junto de A, este recorda que a mãe sempre disse que foi uma criança desejada, mas não planeada e era o mais sossegado dos irmãos.

Apresentou um desenvolvimento normativo, começando a andar e a falar por volta dos 11/12 meses.

Enquanto criança, ficava com os avós ou com os irmãos mais velhos, que tomavam conta dele antes e depois da escola, enquanto os pais trabalhavam.

Recorda a sua infância com alegria e lembra-se de brincar na rua, tanto com os irmãos como com os primos e os vizinhos.

Frequentou a escola com bom aproveitamento, até ao 6º ano, altura em que saiu da escola para começar a trabalhar para ajudar em casa, como aconteceu com os irmãos mais velhos.

Começou a trabalhar numa fábrica têxtil, com 12 anos, permanecendo lá até aos 40 anos, altura em que foi diagnosticado com raquialgias e escoliose dorsal congénita, não conseguindo cumprir os objetivos da sua atividade profissional devido a dor não controlada, experimentou uma mudança, ingressando na área metalúrgica, com menor esforço físico, mas sem sucesso, acabando por se reformar.

Recorda algumas namoradas, no entanto, com cerca de 20 anos a sua atual esposa, são casados há 21 anos, e diz ser uma relação satisfatória e positiva, da qual nasceu um filho, há 19 anos, com quem mantém também uma relação de proximidade e confiança. Tanto a esposa como o filho se encontram a trabalhar, ela como costureira e ele com eletrónica automóvel.

Relativamente às relações familiares, sempre manteve uma relação de proximidade com os pais e os irmãos, relação essa que hoje se mantém. Frequenta a casa dos irmãos e da mãe diariamente, assim como eles a do próprio. Todos os irmãos nasceram e encontram-se vivos. Além disso, diz manter boa relação também com a família da esposa e alargada. Apresenta, portanto, bom suporte familiar e social.

No que diz respeito à saúde, diz não ter conhecimento de nenhuma condição patológica grave na sua infância, nem pessoal nem familiar. Com 18 anos, realizou perfuração no estômago e aos 35 anos cirurgia à coluna, devido à existência de hérnia discal que provocava mau funcionamento dos membros inferiores.

Com 40 anos foi diagnosticado com raquialgias com escoliose dorsal congénita, com dor não controlada. A, aquando do diagnóstico, procurou ajuda junto de todos os médicos e especialistas da área, seus conhecidos, de forma a encontrar algo que o curasse, apresentando dificuldades em aceitar a cronicidade da sua nova condição, demonstrando ainda sentimentos de revolta e de invalidez. Estes sentimentos, quando não controlados, provocavam angústia, o que promoveu ideação suicida, chegando a mencionar, na consulta da Dor, que tinha pensamentos para terminar com a própria vida. Foi sinalizado para a consulta de Psiquiatria – Dor, onde foi medicado com antidepressivos, apresentando melhoria nos pensamentos negativos e ideação suicida, no entanto, não apresentou melhoria na aceitação da doença e das suas limitações.

Anteriormente a esta situação, nunca tinha apresentado historial psicopatológico. O mesmo acontece na sua família, nenhum dos membros apresenta historial psicopatológico.

Pai faleceu há 4 anos, segundo o paciente, devido a problemas associados à idade avançada. Também dois cunhados faleceram, um devido a uma paragem cardíaca e o outro mantinha comportamentos abusivos de consumo de drogas.

Todos os irmãos habitam em casa própria, com a família. A mãe, 86 anos, habita sozinha, mas tem ajuda dos filhos, sempre que necessário.

Foi criado como católico e, atualmente, é praticante.

A sempre foi uma pessoa ativa, desde criança que se lembra de o ser, dizendo que durante algum tempo teve dois trabalhos, a tempo inteiro na fábrica têxtil e a part-time como segurança numa empresa, altura em que descansava apenas ao domingo. Mostra orgulho quando fala deste assunto e quando diz que construiu a sua casa, de origem.

Com este historial, depois de diagnosticado, apresentava revolta evidenciada no seu discurso, sensação de invalidez, fraca aceitação da sua condição de saúde e dos limites que a complementam, esforçava-se para cumprir atividades e objetivos que lhe causavam dor e mau estar, o que provocava sentimentos de frustração por não conseguir cumprir o que sempre fez, referindo várias vezes que é um inválido e que não consegue fazer nada.

Atualmente, encontra-se reformado por invalidez, apresentando uma incapacidade de 60%. Ocupa os seus tempos livres com diversas atividades de distração, centrando-se também no autocuidado. Apresenta boa organização do tempo, cuida dos seus animais, cultiva legumes em casa, passa tempo no café com os amigos e com alguns dos irmãos, visita a mãe, visita os negócios dos irmãos, visita os sogros e ajuda nas atividades domésticas.

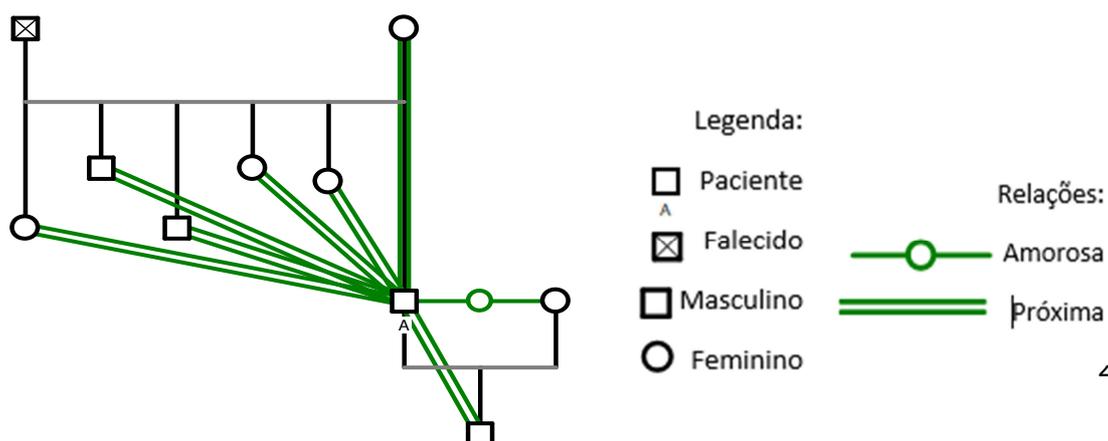


Figura 1. Genograma de A

### **Avaliação Psicológica:**

A avaliação psicológica foi dividida em duas sessões, uma primeira para a recolha da anamnese e da informação pertinente e a segunda para a aplicação dos diferentes instrumentos psicométricos, que permitiram uma avaliação qualitativa, sendo que a avaliação psicológica foi realizada nas duas primeiras sessões.

Nas duas consultas de avaliação psicológica, o paciente demonstrou uma postura adequada e colaborante, não apresentou dificuldades no preenchimento dos instrumentos psicométricos e, quando surgia alguma dúvida, não demonstrava problemas em questionar e expor o que não entendia. Preencheu todos os questionários sozinho, com calma e demonstra reflexão antes de assinalar a resposta mais indicada.

**Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar:** Trata-se duma escala constituída por 14 itens (7 itens para avaliar a ansiedade e 7 itens para avaliar a depressão), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), para avaliar de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio. Apesar de ter sido desenvolvido para ser utilizado nestes doentes, é na atualidade largamente utilizado na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann,1997).

O HADS é uma escala de autoadministração e demora cerca de 10 minutos a ser preenchida. O modo de resposta dos 14 itens da escala varia de zero (0 - Baixo) a três (3 - Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. Os resultados totais de cada subescala variam de 0 a 21, resultantes da soma dos valores dos itens de cada subescala. Os valores mais elevados indicam níveis elevados de ansiedade e depressão. Resultados elevados em cada subescala são considerados indicadores de maior ansiedade e depressão. Os autores sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão (Zigmond & Snaith,1983).

*Depressão* – 8 pontos (leve), o que significa, segundo a literatura, que este não apresenta valores significativos para diagnóstico de Perturbação de Humor Depressiva; *Ansiedade* – 6 pontos (normal), o que significa, segundo a literatura, que este não apresenta valores significativos para diagnóstico de Perturbação de Humor Ansiosa.

**Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor:** é um questionário de autorresposta com 16 itens correspondentes a afirmações relativas a convicções ou percepções relacionadas com a dor. É solicitado ao doente que classifique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações, usando uma escala de Likert bipolar com quatro categorias (ancoradas às expressões «discordo muito», «discordo», «concordo» e «concordo muito»), pontuada de -2 a +2 e sem ponto zero. É composto por diferentes escalas, nomeadamente a escala relacionada com o carácter misterioso ou enigmático da causa da dor (quatro itens) e a escala relacionada com a auto culpabilidade (três itens), mas altera-se a escala de temporalidade, sendo esta dividida em duas escalas distintas, uma escala relacionada com o carácter de permanência da dor ao longo da vida (cinco itens) e uma outra escala relacionada com o carácter de constância ou intermitência da experiência da dor no presente (quatro itens) (Azevedo, et al., 2007).

Segundo a literatura, as respostas do paciente não diferem da média, podendo concluir que as suas convicções e percepções são consideradas normativas.

**Inventário de Formas de Lidar com a Dor Crónica:** é um questionário de auto-aplicação, com 65 itens que avaliam a frequência de utilização, em número de dias durante a última semana (escala numérica de 1 a 7), de um vasto conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas de *coping*. As estratégias abordadas organizam-se em oito subescalas: defesa ou proteção; descanso; pedidos de ajuda; relaxamento; persistência; exercício físico e alongamentos; procura de apoio social/familiar; e autoconvencimento (Azevedo, et al., 2007).

Relativamente às estratégias de *coping*, o paciente utilizou a maior parte das existentes no Inventário 3/4 dias por semana, demonstrando reconhecer estratégias de *coping* positivas, no entanto, as menos utilizadas foram as relacionadas com pedir ajuda aos outros, o que revela que não aceita delegar tarefas. No que diz respeito à medicação, é cumpridor.

**Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor:** é um questionário de auto-aplicação, breve e muito prático, criado para avaliar sete importantes dimensões de incapacidade e interferência funcional da dor. É constituído por sete itens, com escalas de classificação numéricas de 11 pontos (0-10), que avaliam a incapacidade relacionada com a dor nas responsabilidades familiares e domésticas, nas atividades de lazer, nas atividades sociais,

no trabalho, no comportamento sexual, nos cuidados pessoais e nas atividades vitais (Azevedo, et al., 2007).

O paciente demonstra sentir incapacidade ligeira nas Responsabilidades familiares/domésticas, comportamento sexual e cuidados pessoais. Incapacidade moderada no Tempo de lazer, atividades sociais e na ocupação. Relativamente às Atividades vitais, este refere não sentir nenhuma incapacidade.

#### **Enquadramento concetual das problemáticas psicológicas:**

As Raquialgias consistem em dores na coluna vertebral. São as queixas reumáticas mais frequentes e um dos principais motivos de incapacidade antes dos 45 anos de idade. Podem ser de causa degenerativa, infecciosa, inflamatória, metabólica ou neoplásica. Os segmentos cervical e lombar são normalmente os mais afetados (Gama, 2014).

Já a Escoliose Dorsal Congénita resulta de anomalias ocorridas durante o desenvolvimento vertebral no período embrionário, sendo uma patologia com etiologia mal conhecida. Resulta em deformidades vertebrais, de formação, de segmentação ou mistas. A idade de diagnóstico varia muito podendo fazer -se nos primeiros dias de vida ou só na vida adulta. O tratamento depende da deformidade específica, podendo fazer-se apenas o acompanhamento radiográfico, colocar coletes, tratamento medicamentoso ou, se necessário e possível, cirurgia (Gama, 2014). No que diz respeito ao paciente, o tratamento é medicamentoso, sendo acompanhado em Osteopatia e Fisiatria e as suas lesões são vertebrais, nomeadamente entre a quarta e quinta vértebra lombar (L4/L5).

A dor, segundo a IASP, "é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão" (Flor & Turk, 2011).

A dor é um fenómeno extraordinariamente complexo que vai além dos sintomas físicos. Por isso, deve ser considerada como uma experiência subjetiva e individual (Azevedo, et al., 2007).

Em algum momento da nossa vida, já sentimos dor. Sabemos, por isso, que a dor não é uma experiência puramente física, mas que também tem um impacto emocional. A dor pode ser um sinal de aviso para uma lesão (iminente ou real), desempenhando um papel importante de prevenção e de recuperação das funções normais do organismo. No

entanto, nem sempre é assim. A dor também pode ser sentida depois de a lesão estar tratada - é o caso da dor crônica (Flor & Turk, 2011).

Dependendo da duração, podem definir-se dois tipos de dor: Dor Aguda e Dor Crônica.

A DA possui uma função de alerta para o organismo, podendo-se considerar fisiológica (Azevedo et al, 2007), pois faz parte do sistema de proteção do indivíduo. A DA é um sinal de alerta para uma lesão iminente ou real, como por exemplo a ocorrência de um traumatismo, uma queimadura, um derrame articular ou uma úlcera gástrica, desempenhando uma função importante na manutenção da integridade física do organismo ou no seu restabelecimento. É uma dor recente e de duração limitada no tempo (Azevedo et al, 2007). É possível tolerar a dor aguda até um certo ponto, no entanto, quando tratada inadequadamente, a DA torna-se um fator de risco para complicações médicas graves e para o desenvolvimento de DC (Wells, Pasero, & McCaffery, 2008).

Enquanto a DA é uma dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo, a DC, pelo contrário, não tem qualquer consequência benéfica para o indivíduo, afetando negativamente a sua qualidade de vida, e o estado emocional (Azevedo et al, 2007).

A DC é tipicamente diferenciada da dor aguda com base na sua persistência, bem como na sua manutenção em termos de mecanismos fisiológicos. Assim sendo, a DC, como o nome indica, é uma dor persistente que se poderá manter durante toda a vida da pessoa, não existindo cura para a mesma, mas sim tratamentos, na sua maioria medicamentosos, para controlar a dor e melhorar a qualidade de vida da pessoa diagnosticada (Wells, Pasero, & McCaffery, 2008).

Esta vai muito para além da sensação dolorosa, envolvendo vários componentes físicos e psicológicos, como ansiedade, mobilidade reduzida, alterações do sono e do apetite e depressão ((McDermott, Toelle, & Rowbotham, 2006). Estes sintomas estão associados a uma diminuição da qualidade de vida dos doentes e a uma limitação laboral e da função social, exigindo o uso frequente de recursos de saúde (Dunn & Croft, 2004). Assim, atualmente, a DC não é vista como um mero sintoma, mas, muitas vezes, como uma

doença por si só, com enormes repercussões sobre o indivíduo e a sociedade pelo sofrimento e custos socioeconômicos que lhe estão associados (Azevedo et al, 2007).

Assim, a dor é tida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos. É uma experiência tanto física quanto psicossocial.

Nos indivíduos com DC, esta persiste além do tempo necessário para a cura da lesão. A DC leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações de sono, apetite, libido, irritabilidade, energia, diminuição da capacidade de concentração e restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. A persistência da dor prolonga a existência desses sintomas, podendo exacerbá-los. Assim, acaba por perder sua função biológica e engloba os aspectos psicológicos, cognitivos, comportamentais e culturais (McDermott, Toelle, & Rowbotham, 2006).

Existe uma relação significativa atribuída à comorbidade entre ansiedade e depressão e pacientes com DC, vários estudos confirmam a presença de depressão em pacientes com DC, verificando-se também que, os pacientes com valores mais altos de depressão apresentam, mais dor, isto porque, com a presença de DC, os custos do tratamento aumentam, assim aumenta também a incapacidade e as queixas somáticas, reduzindo a qualidade de vida do paciente. Outro sintoma presente em indivíduos com DC é a ansiedade. Esta aumenta a tensão muscular, ampliando a sensação de dor. Na maioria das vezes, sintomas de depressão, ansiedade, stress e DC têm efeitos negativos, o que afeta de forma adversa o processo de recuperação e reduz mais ainda a qualidade de vida do indivíduo (McDermott, Toelle, & Rowbotham, 2006).

Relativamente ao caso clínico, a DC trouxe grandes alterações na percepção da qualidade de vida do paciente, na sua maioria, devido às restrições, tanto na atividade profissional, como nas atividades sociais ou familiares, além disso, a DC provocava alterações no sono e irritabilidade. No entanto, o que o paciente demonstrava ser mais importante eram os sentimentos de invalidez, devido ao término da sua atividade profissional e à reforma antecipada, descrevia estes sentimentos como uma sensação de que “não valia nada” ou “não servia para nada”, demonstrando sinais de Depressão leves.

Relativamente ao diagnóstico, o paciente apresenta critérios para uma Perturbação de Adaptação Reativa Depressiva, isto porque, um dos maiores problemas por ele descritos era não aceitar a sua condição de saúde e as limitações com ela associadas.

Segundo o DSM-V (2014), A cumpre os critérios de diagnóstico para Perturbação de Adaptação pois apresenta desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um ou vários stressores identificáveis, que surgem dentro de 3 meses após o início desses stressores, esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, conforme evidenciado por um ou mais dos seguintes aspetos: sofrimento intenso desproporcional à gravidade ou à intensidade do stressor, considerando-se o contexto cultural e os fatores culturais que podem influenciar a gravidade e a apresentação dos sintomas e existência de prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida de A, além disso, a perturbação relacionada com o stress não satisfaz os critérios de outra perturbação mental e não é meramente um exacerbação de uma perturbação mental preexistente e os sintomas não representam luto normal. No entanto, A não apresenta desaparecimento do stressor e das suas consequências, mantendo a persistência dos sintomas por mais seis meses, isto porque, apesar das melhorias, o stressor identificado como causador desta perturbação (dor crónica), não desaparece, ou seja, é considerado um evento recorrente. No entanto, como revela melhor aceitação da sua condição e uma melhor adaptação, o stressor não provoca os mesmos sentimentos.

As perturbações de adaptação podem acompanhar a maioria das perturbações mentais e qualquer distúrbio médico. Podem ser diagnosticados junto a outra perturbação mental apenas se este último não explicar os sintomas particulares que ocorrem na reação ao stressor. Por exemplo, um indivíduo pode desenvolver um transtorno de adaptação, com humor deprimido, depois de perder um emprego e ao mesmo tempo ter um diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva. Ou, então, um indivíduo pode ter uma perturbação depressiva ou bipolar e uma perturbação de adaptação desde que os critérios para ambos sejam atendidos. As perturbações de adaptação comumente acompanham as doenças médicas e podem ser a principal resposta psicológica a um distúrbio médico.

Como A não apresenta historial psicopatológico e não cumpre os critérios para o diagnóstico de outro tipo de perturbação, não existe necessidade de realizar diagnóstico diferencial.

### **Processo de Intervenção Psicológica:**

Com este caso em particular como exemplo, pode-se concluir que a Intervenção Psicológica apresenta grande importância na diminuição dos diferentes sintomas e uma melhoria na perceção da qualidade de vida dos pacientes, sendo isto comprovado em vários estudos, onde se verificou que, após a intervenção ocorreu uma diminuição significativa de sintomas como stress, ansiedade e depressão, bem como uma melhoria na forma de lidar com os problemas do trabalho, familiares e sociais, o que, conseqüentemente, influencia positivamente a qualidade de vida da pessoa diagnosticada com dor crónica (Azevedo, et al., 2007).

As informações recolhidas junto do paciente e o comportamento demonstrado em contexto de consulta, vão de encontro ao mencionado na literatura, isto porque, no início da Intervenção, o paciente demonstrava sintomas como stress e depressão mais exacerbados, ao contrário do que acontece atualmente, após o término da Intervenção.

O plano de intervenção foi construído de forma a focalizar os problemas de aceitação, os pensamentos automáticos negativos e as crenças disfuncionais do paciente, tendo por base a Terapia Cognitivo – Comportamental.

A Intervenção consistiu em duas sessões de Avaliação, onde foi realizada a recolha da anamnese e a avaliação psicométrica, de seguida, devolveu-se os resultados e iniciou-se o plano de intervenção proposto, sendo este composto por 10 sessões, no total. As sessões têm uma periodicidade quinzenal e duram cerca de 1h.

### **Plano de Intervenção Psicológica:**

**Sessão 1:** Nesta sessão, foi realizada Educação para a Saúde sobre a Dor Crónica. Para facilitar a compreensão dos assuntos abordados, estes foram explicados de forma progressiva e gradual. Em primeiro lugar, questionou-se o que A sabe em relação à sua condição de saúde e aquilo que quer saber, pelo que A explicou que não percebia muito bem os termos técnicos utilizados mas sabia que era “defeito de fabrico” (sic), ou seja, que era uma patologia congénita, assim sendo, passou-se a apresentação e explicação

dos termos Raquialgias e Escoliose Dorsal Congénita. Após A ter verbalizado a compreensão dos assuntos abordados, explicando os termos por palavras suas, passou-se à explicação da Dor Crónica e quais as diferenças entre dor aguda e dor crónica. De seguida, foi explicada a importância da Psicologia para lidar de forma mais positiva com o diagnóstico e com o seu tratamento, explicando também a relação existente entre a dor crónica e depressão e ansiedade. Por fim, passou-se à explicação e esclarecimento sobre o plano de intervenção e motivação para tratamento, reforçando a sua importância para uma melhor aceitação da doença.

**Sessão 2:** Na segunda sessão, foi realizada Educação para a Saúde sobre a Depressão. Inicialmente explicou-se o que é a Depressão e os seus principais sintomas, de seguida reforçou-se a relação entre a dor crónica e a depressão, de forma explicar como se influenciam mutuamente e como cada uma delas influenciam e interferem na vida diária de A, na sua qualidade de vida e quais as técnicas existentes que permitam entender e contornar essas dificuldades. Foram apresentadas técnicas de prevenção da Depressão, nomeadamente, "Como Prevenir a Depressão em 3 passos", onde A verbalizou que era capaz de utilizar essas técnicas, no entanto, demonstrou preocupação associada com os pensamentos automáticos negativos.

**Sessão 3:** Esta sessão focou-se na Reestruturação Cognitiva, para intervir nos pensamentos automáticos negativos mencionados na sessão anterior. Estes pensamentos estavam muito centrados na sua incapacidade de lidar com a sua condição e com a sua invalidez, apresenta também crenças pessoais disfuncionais, também centradas na sua invalidez e na sua incapacidade de cumprir objetivos, A refere várias vezes que se sente um inválido por não conseguir trabalhar e contribuir monetariamente para casa, além disso, demonstra grande frustração relacionadas com o facto de não ser capaz de terminar diferentes atividades em que está inserido, nomeadamente tratar da casa, dos animais e de cultivar a terra. Assim, foram identificados, com o auxílio de uma tabela, os diferentes pensamentos automáticos e como os controlava, não apresentando técnicas concretas nem adaptativas a esta condição. De seguida, passou-se à identificação das crenças pessoais disfuncionais, para as quais também não apresentava técnicas para as alterar sozinho. Por último, apresentação de pensamentos alternativos, desafiando A a identificar mais pensamentos em casa.

A demonstrou interesse durante toda a consulta, colaborando em todos os assuntos e técnicas apresentadas, mostrando sempre compreensão do que estava a ser tratado.

**Sessão 4:** Voltou-se a focar na Reestruturação Cognitiva, pois foi importante e necessário trabalhar estratégias de controlo de pensamentos disfuncionais, pois o paciente demonstrou alguma dificuldade na identificação de pensamentos alternativos, sentindo-se pior, pois focou-se sempre no negativo, sentindo que tudo estava a piorar.

Assim, foram apresentadas técnicas de distração e imagética, como ocupar o tempo com atividades que sejam prazerosas, para quando surgirem pensamentos automáticos negativos, os quais já consegue identificar sozinho. Foi ainda reforçada a necessidade de parar durante a realização de tarefas, para descansar e não esforçar a dor.

A foi cumpridor e realizou um horário com diferentes atividades que tem vindo a cumprir, de forma a ter os dias preenchidos como se tivesse horário de trabalho a ser respeitado, isto promoveu a valorização pessoal de A.

**Sessão 5 e 6:** Nestas sessões, foram apresentadas Técnicas de Relaxamento: Respiração Diafragmática e Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, para promover o controlo de sentimentos de stress e o relaxamento muscular, que estão associado, segundo a literatura, a uma melhoria na dor. Não foi possível terminar numa só sessão, devido a sentimentos de angústia e irritabilidade demonstrados e verbalizados pelo paciente, provocados por consulta com psiquiatra, onde, segundo A, se focou na ideação suicida passada e não nas melhorias por ele sentidas e verbalizadas.

No entanto, foi trabalhado de forma geral na sessão 5, o paciente levou material para casa, de forma a se preparar melhor para a sessão 6, onde foram apresentadas e explicadas, de forma completa as Técnicas de Relaxamento: Respiração Diafragmática e Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.

A cumpriu e mostrou-se interessado e colaborante durante as duas sessões, o que revelou a tentativa de realização destas técnicas em casa.

**Sessão 7:** Esta sessão voltou a focar-se na Reestruturação Cognitiva. Promoveu-se a expressão das suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e crenças de forma direta e apropriada.

Além disso, a sessão focou-se nas crenças centradas no controlo e na responsabilização, reforçando-se a crença “Sou eu quem controla o esforço que faço”, consciencializando que existem consequências quando o esforço é exagerado e que A é responsável e pode controlar esta situação. Isto permitiu reforçar o controlo pessoal da sua vida e a capacidade de cumprir com os seus objetivos, no entanto, esses encontram-se agora adaptados à sua condição pelo próprio, diminuindo assim a sensação de invalidez e a frustração.

A apresenta uma melhoria da aceitação da sua situação atual, adaptando as suas atividades e os seus objetivos à sua condição, pelo que não demonstra valorizar os pensamentos automáticos negativos, revelando melhoria do seu autocontrolo.

**Sessão 8:** A sessão focou-se novamente na Reestruturação Cognitiva. Promoveu-se a delegação de tarefas e responsabilidades, de forma a que A não sinta que tudo é responsabilidade sua e que tem pessoas do seu lado para ajudar na realização de tarefas de vida diária. A reconhece esse apoio e revela melhor aceitação para a necessidade de pedir ajuda quando necessário.

Além disso, A apresenta uma melhoria dos sintomas iniciais, maior autocontrolo, melhor aceitação da doença e dos limites com ela associados, cumprindo os seus objetivos adaptados à sua situação atual e não se focando nas suas capacidades anteriores, assim sendo, realizou-se o reforço destes sentimentos, comportamentos e pensamentos positivos e adaptativos.

**Sessão 9:** Nesta sessão, A foi desafiado a realizar um resumo de tudo o que foi abordado nas sessões anteriores, assim como explicar o que aprendeu e mudou.

A explica que se sente melhor comparativamente ao início do acompanhamento, os sentimentos de frustração e de revolta estão controlados, demonstra uma melhoria da compreensão e aceitação da sua doença, compreende e aceita os seus limites, melhoria da sensação de invalidez, aceitando as suas capacidades, além disso, A apresenta crenças e pensamentos automáticos funcionais e adaptativos.

Assim sendo, foi realizado o reforço do comportamento adquirido e dos assuntos aprendidos, de forma a promover a sua manutenção e a sua utilização em novas situações de vida que possam surgir.

**Sessão 10:** Nesta última sessão, o objetivo principal foi a realização de *follow up*, com uma nova avaliação psicométrica, preenchendo novamente os questionários, comparando assim os resultados com os obtidos antes do processo de intervenção.

A apresenta uma melhoria visível em todas as respostas, no HADS A obteve: *Depressão* – 4 pontos (normal), apresentando uma melhoria significativa; *Ansiedade* – 5 pontos (normal), apresentando também uma melhoria comparativamente com os primeiros resultados. No Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor, comparativamente com a avaliação psicológica, as respostas do paciente não diferem da média, podendo concluir que as suas convicções e percepções são consideradas normativas.

Relativamente ao Inventário de Formas de Lidar com a Dor Crónica, A utilizou a maior parte das existentes no Inventário 5/6 dias por semana, demonstrando reconhecer estratégias de *coping* adaptativas. No que diz respeito, a estratégias consideradas menos adaptativas, A demonstra não as utilizar mais que 2 dias por semana.

No que diz respeito ao Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, A demonstra sentir incapacidade ligeira nas Responsabilidades familiares/domésticas, comportamento sexual, cuidados pessoais, tempo de lazer, atividades sociais e na ocupação. Relativamente às Atividades vitais, este refere não sentir nenhuma incapacidade.

Assim, além da verbalização das melhorias sentidas por A, também as respostas nos questionários vão de encontro com isso, pois A apresenta uma melhoria significativa em todos os questionários.

Desta forma, o processo de avaliação e orientação psicológica, foi finalizado com alta por melhoria observada.

#### **Reflexão Final:**

No início da intervenção, o paciente demonstrava-se colaborante, mas não cumpridor dos trabalhos de casa e muito focado nos seus problemas, mantendo o discurso centrado nos pensamentos negativos, na sensação de incapacidade e na necessidade de medicação.

Com o decorrer das consultas, e após ter sido reforçado a importância da sua participação no plano, o paciente tornou-se mais colaborante e cumpridor, começando a demonstrar melhorias positivas e significativas.

Atualmente, A demonstra uma melhor capacidade de aceitação, compreendendo que a sua condição é crónica e que será necessário controlar os sintomas, mas não curar. Relativamente aos sentimentos de incapacidade, frustração e raiva, demonstra que estes se estão a dissipar, pois aceita melhor os seus limites, não se esforçando quando não consegue terminar algo, o que lhe provocava frustração. Aceita melhor a necessidade de descanso durante e entre as tarefas.

Comparativamente com o início da intervenção, o paciente apresenta conhecimento acerca da sua condição de saúde, compreendendo e aceitando a cronicidade da doença. Apresenta capacidade para identificar pensamentos automáticos negativos, crenças disfuncionais, bem como controlar esses pensamentos e identificar pensamentos alternativos. Aceita que não é necessário fazer tudo sozinho e que pode levar o seu tempo a cumprir tarefas. Neste momento, menciona maior relaxamento, associado a um melhor controlo dos pensamentos automáticos e menor número de preocupações, o que leva a uma melhoria na dor, dizendo que esta se encontra controlada, continuando a tomar a mesma medicação desde o início da intervenção.

De acordo com as melhorias apresentadas pelo paciente e a diminuição da sintomatologia depressiva, é possível verificar o resultado da intervenção, bem como do cumprimento do que é solicitado, por parte do paciente.

Desta forma, A recebeu alta melhorada no o fim da intervenção.

## **Investigação**

No decorrer do processo de estágio, além das atividades já descritas, foi ainda realizada a recolha de dados para a investigação, com doentes seguidos em CP, que se encontram em fim de vida, e seus familiares, tendo por base a Terapia da Dignidade. Esta investigação tem como objeto de estudo a regulação emocional, funções executivas, pensamentos ruminativos e como estes influenciam a aceitação da doença oncológica.

Contudo, a recolha de dados não correspondeu às expectativas, uma vez que se encontrou grandes dificuldades em encontrar participantes com os critérios pretendidos e devido a perdas de participantes durante todo o processo.

A recolha de dados era realizada às segundas e quartas feiras, das 14h às 18h, junto da EIHS CP.

## Conclusão

O presente relatório reflete, de forma pertinente e concisa, o trabalho realizado durante este percurso de estágio.

Quando se procedeu à escolha do local de estágio, já se era sabido que este seria um local com história de grande exigência, o que realmente foi comprovado durante o estágio. Em primeiro lugar, é um local exigente devido à grande variedade de população que lá se encontra, logo depois aparecem as várias valências que lá existem, de seguida aparecem os profissionais de saúde, que fazem o melhor que lhes é possível perante tudo isto, entenda-se o melhor que podem com o material e disponibilidade que apresentam, pois são quatro psicólogos todos eles com uma agenda lotada, todos os dias a trabalhar e a esforçarem-se para conseguirem ajudar os seus pacientes da melhor forma possível.

Com isto, uma estagiária aprende o que é resiliência e o verdadeiro significado da palavra esforço. Apesar de todos os contratemplos e todos os altos e baixos, pode-se concluir que este local de estágio permitiu o crescimento pessoal e profissional, deu a oportunidade de entrar em contacto com uma diversidade enorme de serviços, permitiu a obtenção de casos clínicos individuais todos especiais e totalmente diferentes entre si, permitiu a oportunidade de participar em atividades de grupo com as pessoas mais preciosas e que valorizam a ajuda prestada, esse é um ponto importante neste local, as pessoas agradecem o serviço prestado e demonstram esse mesmo agradecimento. Este local deu a oportunidade de conhecer, trabalhar e aprender com profissionais que sempre se mostraram disponíveis e foram sempre acolhedores.

Olhando para trás agora, é possível afirmar que, apesar dos momentos menos bons e de todos os obstáculos, este estágio e este local foram sem dúvida uma experiência gratificante e que poderá servir de exemplo de hoje em diante.

Hoje, é possível dizer o quanto cresci e aprendi com todos os seus profissionais, mas, em especial, com as pessoas e as suas histórias de vida, principalmente, foi reforçada a ideia de que nunca se deve desistir de lutar por nós próprios e pelo que mais queremos.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.
- Azevedo, L. F., Pereira, A., Dias, C., Agalusa, L., Lemos, L., Romão, J., & Patto, T. (2007). tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico de Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor Crónica. Em APED, *Dor Crónica*.
- Boelen, Keijser, Hout, & Bout. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling.
- Bransford, J. D., & Stein, S. B. (1993). *The Ideal Problem Solver*.
- Costa, T. (2012). *O Luto como o vivemos: Educar para a Perda*.
- Dunn, K. M., & Croft, P. R. (2004). Epidemiology and natural history of low back pain.
- Flor, H., & Turk, D. C. (2011). *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach*. International Association for the Study of Pain.
- Gama, S. (2014). Escoliose Dorsal Congénita e Dor Crónica.
- Herrmann. (1997). *International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale*.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. SAGE Publications.
- McDermott, A., Toelle, T. R., & Rowbotham, D. J. (2006). The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey.
- Monk, T. H., Houck, P. R., & Shear, M. K. (2006). *The daily life of complicated grief patients - what gets missed, what gets added?*
- Niemeyer, O. (2002). *A Experiência de Perda e o Processo de Luto*.
- Oliveira, H. d. (2017). *HSOG*. Obtido de Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães: [www.hospitaldeguimaraes.mi-saude.pt](http://www.hospitaldeguimaraes.mi-saude.pt)
- Parkes, M. J. (2006). Breath-holding and its breakpoint. *The Physiological Society*.

Teixeira, J. C. (2007). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores.

Wells, N., Pasero, C., & McCaffery, M. (2008). *Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management*.

Zigmond, & Snaith. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*.

# Anexos

## Anexo 1. Tabela sessões e objetivos do Grupo Luto

Sessão	Objetivos
0	Apresentação (Orientadora local)
1	Apresentação (Orientadora local)
2	Aplicação da Psicometria (HADS, WCQ, EROS e ICG); Educação para a Saúde sobre o Luto.
3	Reforço da relação terapêutica; Identificar emoções; Ventilação e Validação emocionais; Partilha de experiências emocionais em grupo; Partilha de estratégias de Gestão Emocional.
4	Reforço da relação terapêutica; Apresentação e Identificação de atividades de vida diária; Promover a aquisição de uma rotina diferenciada; Elaborar uma agenda semanal.
5	Reforço da relação terapêutica; Exploração de eventos significativos; Atividade: "Recordar o meu Familiar"; Reforço do significado da pessoa falecida; Reconstrução do significado da pessoa falecida após o luto.
6	Reforço da relação terapêutica; Exploração de eventos significativos; Atividade: "Sei Identificar os Meus Problemas"; Promover a capacidade de avaliação e definição dos problemas; Promover a capacidade de estabelecer prioridades na resolução de problemas; Promover a definição de soluções e planos de ação de resolução de problemas; Promover sentimentos de eficácia pessoal na resolução de problemas.
7	Identificação das responsabilidades; Identificação de suporte social.
8	Aplicação de Psicometria; Entrega de Diplomas.

Anexo 2. Material de Grupo Luto da sessão 3 (Alegria)



Anexo 3. Material de Grupo Luto da sessão 3 (Tristeza)



Anexo 4. Material de Grupo Luto da sessão 3 (Medo)



Anexo 5. Material de Grupo Luto da sessão 3 (Nojo)



Anexo 6. Material de Grupo Luto da sessão 3 (Raiva)



Anexo 7. Material de Grupo Luto da sessão 3 (Surpresa)



## Anexo 8. Material de Grupo Luto da sessão 6

### Resolução de Problemas

Passos a seguir (Gomes, 2017):

1. Encontre uma situação que implique resolver um problema.
  - ✓ Exemplo: conflito com outra pessoa.
2. Discuta os pensamentos e sentimentos negativos que tendem a ocorrer devido ao problema;
3. Discuta as causas para a ocorrência do problema;
4. Discuta as consequências do problema para o seu bem-estar e funcionamento;
5. Certifique-se que é evidente o contexto/situação onde ocorre o problema;
6. Trace um plano de ação para o problema:
  - ✓ Qual a solução?
  - ✓ Qual o objetivo da solução?
  - ✓ Quais as vantagens da solução?
  - ✓ Quando se deve colocar em prática a solução?
  - ✓ Quais os obstáculos à solução (“inimigos”)?
  - ✓ Quais as soluções para os obstáculos (“atacantes dos inimigos”)?
7. Efetue uma reflexão final



## **Anexo 10. Material Estudo de Caso sessão 1**

### **Dor Crónica – Viver e Compreender a minha dor**

#### **Raquialgias, o que são?**

As raquialgias consistem em dores na coluna vertebral. São as queixas reumáticas mais frequentes e um dos principais motivos de incapacidade antes dos 45 anos de idade. Podem ser de causa degenerativa, infecciosa, inflamatória, metabólica ou neoplásica. Os segmentos cervical e lombar são normalmente os mais afetados (Gama, 2014).

#### **Escoliose Dorsal Congénita, o que é?**

As escolioses congénitas resultam de anomalias ocorridas durante o desenvolvimento vertebral no período embrionário, sendo uma patologia etiologia mal conhecida. Resulta em deformidades vertebrais, de formação, de segmentação ou mistas. A idade de diagnóstico varia muito podendo fazer -se nos primeiros dias de vida ou só na vida adulta. O tratamento depende da deformidade específica, podendo fazer-se apenas o acompanhamento radiográfico, colocar coletes, tratamento medicamentoso ou, se necessário e possível, cirurgia (Gama, 2014).

#### **Dor Crónica – Definição**

Segundo a IASP (International Association of Study of Pain) “A Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão” (Flor e Turk, 2011).

A dor crónica é um problema de saúde de proporções muito elevadas em todo o mundo (Flor e Turk, 2011). Em Portugal esta afeta cerca de 3 milhões de pessoas, sendo a patologia associada a um maior índice de automedicação e um dos motivos mais frequentes de recurso a cuidados de saúde, ocupando, em média, mais tempo por consulta do que qualquer outro tipo de problema de saúde (Araújo-Soares e McIntyre, 2000). Existe uma crescente necessidade de procura de informação por parte dos pacientes acerca do tratamento a realizar, existindo também uma procura incessante de alternativas que lhes permitam lidar com a dor de forma mais eficaz (McCracken e Turk, 2002).

## **Qual a diferença entre Dor Aguda e Dor Crónica?**

A dor aguda possui uma função de alerta para o organismo, podendo-se considerar fisiológica, enquanto a dor crónica, pelo contrário, não tem qualquer consequência benéfica para o indivíduo, afetando negativamente a sua qualidade de vida, e o estado emocional (Azevedo et al, 2007).

A dor crónica é tipicamente diferenciada da dor aguda com base na sua persistência, bem como na sua manutenção em termos de mecanismos fisiológicos. Assim sendo, a dor crónica, como o nome indica, é uma dor persistente que se poderá manter durante toda a vida da pessoa, não existindo cura para a mesma, mas sim tratamentos, na sua maioria medicamentosos, para controlar a dor e melhorar a qualidade de vida da pessoa diagnosticada ((Borges, Luiz, & Domingos, 2009).

## **A Dor e a Psicologia**

A dor é tida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos. É uma experiência tanto física quanto psicossocial.

Nos indivíduos com dor crónica, esta persiste além do tempo necessário para a cura da lesão. A dor crónica leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações de sono, apetite, libido, irritabilidade, energia, diminuição da capacidade de concentração e restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. A persistência da dor prolonga a existência desses sintomas, podendo exacerbá-los. Assim, acaba por perder sua função biológica e engloba os aspetos psicológicos, cognitivos, comportamentais e culturais (Borges, Luiz, & Domingos, 2009).

Existe uma relação significativa atribuída à comorbidade entre ansiedade e depressão e pacientes com dor crónica, vários estudos confirmam a presença de depressão em pacientes com dor crónica, verificando-se também que, os pacientes com valores mais altos de depressão apresentam, mais dor, isto porque, com a presença de Dor Crónica, os custos do tratamento aumentam, assim aumenta também a incapacidade e as queixas somáticas, reduzindo a qualidade de vida do cliente. Outro sintoma presente em indivíduos com dor crónica é a ansiedade. Esta aumenta a tensão muscular, ampliando a sensação de dor. Na maioria das vezes, sintomas de depressão, ansiedade, stress e dor

crónica têm efeitos negativos, o que afeta de forma adversa o processo de recuperação e reduz mais ainda a qualidade de vida do indivíduo (Borges, Luiz, & Domingos, 2009).

### **Importância da Intervenção Psicológica**

Em vários estudos, verificou-se que, após a intervenção ocorreu uma diminuição significativa de sintomas como stress, ansiedade e depressão, bem como uma melhoria na forma de lidar com os problemas do trabalho, familiares e sociais, o que, consequentemente, influencia positivamente a qualidade de vida da pessoa diagnosticada com dor crónica (Borges, Luiz, & Domingos, 2009).

## **Anexo 11. Material Estudo de Caso sessão 2**

### **Depressão na Dor Crónica:**

A dor crónica leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações de sono, apetite, libido, irritabilidade, energia, diminuição da capacidade de concentração e restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. Existe uma relação significativa entre a depressão e os pacientes com dor crónica. Isto porque também a depressão se caracteriza por sentimentos como tristeza, desânimo, sensação de desvalorização, perda de apetite, dificuldades em adormecer ou dormir, perda do interesse em cuidar da sua higiene e imagem e perda de interesse nas atividades de todos os dias. Apesar de não existir garantia de que seja possível prevenir completamente a depressão, existem muitos meios de diminuir as chances de desenvolver a doença ou de sofrer uma recaída.

Normalmente, os pacientes com valores mais altos de depressão apresentam mais dor, isto porque, com a presença de Dor Crónica, os custos do tratamento aumentam, aumentando a incapacidade e as queixas somáticas, reduzindo a qualidade de vida do cliente.

A depressão é uma perturbação de humor comum que afeta mais de 121 milhões de pessoas em todo mundo. Está entre as principais causas mundiais de incapacidade, mas existem boas notícias, 80% a 90% das pessoas recuperam desta perturbação.

### **“Como prevenir a Depressão em 3 passos” (incluindo na Dor Crónica):**

#### **1. Cuidar do nosso corpo:**

- Fazer exercício físico regularmente, como idas a aulas de ginástica ou simples caminhadas;
- Dormir as horas necessárias;
- Ter uma alimentação adequada e saudável;
- Controlar a saúde em geral, com idas ao médico de rotina.

#### **2. Cuidar da nossa mente:**

- Não se culpar;
- Praticar atividades que goste, como forma de distração, pode ser cozinhar, ler, ver televisão, tratar do jardim, entre outras;

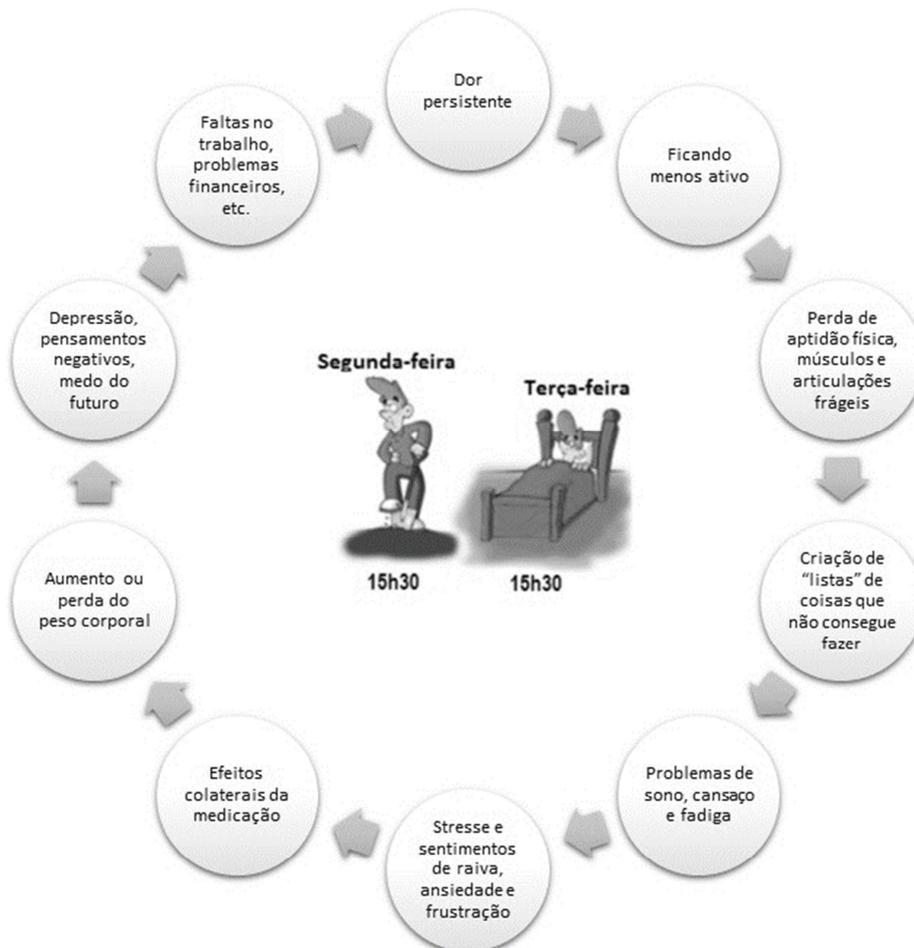
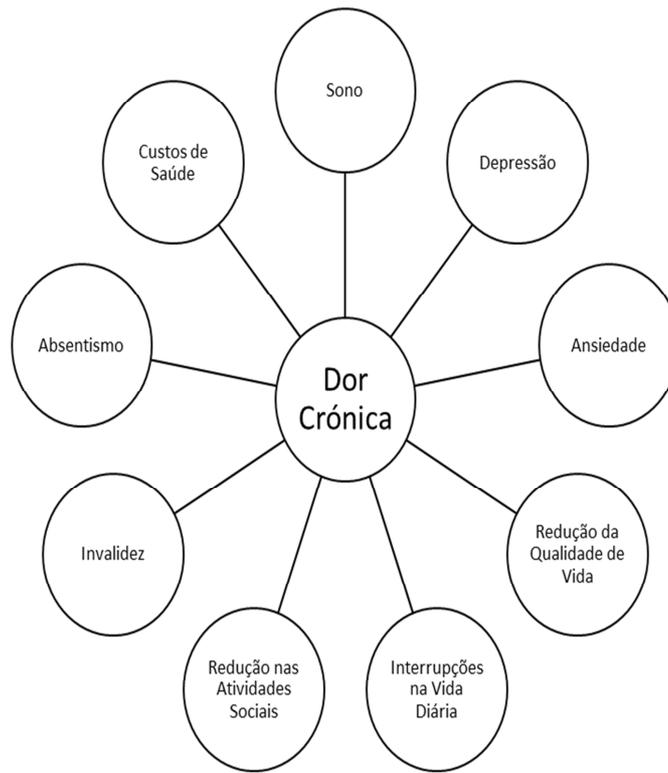
- Manter as pessoas que lhe fazem bem, por perto.

### 3. Ter uma rotina equilibrada:

- Não se sobrecarregar, pedindo e aceitando ajuda, sempre que necessário;
- Conhecer as suas vulnerabilidades e fraquezas;
- Conhecer os seus pontos fortes;
- Cumprir com a medicação, não deixando de tomar os medicamentos porque se sente melhor e sem falar com o médico;
- Ser otimista e não exigir demasiado de si.



Anexo 13. Material Estudo de Caso sessão 7



#### Anexo 14. Material Estudo de Caso sessão 9

Identificar qual o nível de dor sentida (0 a 10), em média, durante cada semana. Caso não tenha sentido dor coloca 0, dor média 5 e dor aguda 10.

De seguida, identificar e escrever as estratégias utilizadas para controlo da dor, podendo ser: Medicação SOS, Osteopatia, Relaxamento Muscular, Distração, Ocupação de tempo livre, Pensamento positivo, entre outras...

<b>SEMANA</b>	<b>DOR</b> (0 A 10)	<b>O QUE FEZ PARA CONTROLAR A DOR?</b> (ESTRATÉGIAS UTILIZADAS)
<b>1</b> (29/07 a 04/08)		
<b>2</b> (05/08 a 11/08)		
<b>3</b> (12/08 a 18/08)		
<b>4</b> (19/08 a 25/08)		
<b>5</b> (26/08 a 01/09)		
<b>6</b> (02/09 a 08/09)		
<b>7</b> (09/09 a 15/09)		
<b>8</b> (16/09 a 22/09)		