



Relatório de Estágio

Joana Filipa Leal Oliveira

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

Gandra, janeiro de 2020



Relatório de Estágio

Joana Filipa Leal Oliveira

Orientação: Dra. G.M.

Supervisão: Prof. Dra. Manuela Leite

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2020

Declaração de Integridade

Joana Filipa Leal Oliveira, 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**.

Confirmo 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 referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

A conclusão desta etapa deve-se, em grande parte, a todos as pessoas que me acompanharam e que contribuíram para que este percurso fosse bem-sucedido e possível, tornando-o ainda mais especial.

À **Prof. Dra. Manuela Leite**, pela supervisão permanente e por todas as horas despendidas. Por todo o apoio e suporte emocional, pelos conselhos de sabedoria e por toda a motivação, incentivo e orientação que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

À **Dra. G.M.**, pela orientação e disponibilidade permanente. Pelo rigor, exigência, profissionalismo e persistência. Por todos os conhecimentos e experiências transmitidas, que sem dúvida foram e serão uma referência para a prática clínica.

A toda a **equipa do serviço de Cuidados Paliativos**, por ter tido o privilégio de terem partilhado comigo os conhecimentos e experiências nesta que é uma área tão delicada. Por todas as ferramentas humanas transmitidas para intervir com doentes em final de vida e com os seus familiares, e por toda a disponibilidade demonstrada em colaborar e ajudar.

Aos meus **pais**, por acreditarem em mim e por me encorajarem na conquista dos meus sonhos e objetivos. Por todo o esforço e persistência, e acima de tudo por todos os valores inculcados, por todos os conselhos sábios e por estarem presentes em todos os momentos importantes da minha vida. Tudo o que sou hoje, é a vocês que devo.

À minha **irmã** e ao meu **irmão**, por todo o apoio e confiança transmitidas. Por estarem presentes em todos os momentos importantes da minha vida.

Ao **David**, por todo o incentivo e palavras de conforto no momento certo. Por todo o carinho e motivação, por ter acreditado sempre em mim e nas minhas capacidades e por estar sempre presente.

A todos, o meu muito obrigado por terem caminhado comigo ao longo deste percurso!

Siglas

ACE-III – Addenbroke’s Cognitive Examination

APA – Associação Americana de Psicologia

BSI – Inventário de avaliação do tipo e gravidade de sintomas psicopatológicos

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

ECAP – Escala de Compulsão Alimentar Periódica

EISHCP – Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MPSN – Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

NEO-FII – Inventário de Personalidade dos Cinco Fatores

PA – Perturbação Alimentar

PIAC – Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TD – Terapia da Dignidade

UniPsi – Unidade de Psicologia

Índice

Introdução.....	10
1. Caracterização do Local de Estágio.....	11
1.1 O Hospital	11
1.2 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	11
1.3 O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar.....	12
2. Descrição das Atividades de Estágio.....	13
2.1 Reuniões de Orientação.....	13
2.2 Reuniões de Supervisão.....	13
2.3 Reuniões de Serviço e Equipas Multidisciplinares.....	14
2.4 Observação Participante.....	14
2.5 Grupo de Intervenção Psicológica para Pacientes em Luto	15
2.6 Ação de Formação.....	20
2.6.1 Formação: "O Cuidador Informal de Doentes Paliativos"	20
2.6.2 Formação: "ACE-III – <i>Addenbroke's Cognitive Examination III</i> "	21
2.7 Poster submetido ao Congresso de Cuidados Paliativos	21
2.8 Serviço de Cuidados Paliativos	22
2.9 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	24
2.10 Consulta Psicológica.....	25
2.11 Estudo de Caso.....	27
2.11.1 Identificação.....	27
2.11.2 Pedido e Motivo da Consulta.....	27
2.11.3 História Pessoal.....	27
2.11.4 História do Problema Atual.....	28
2.11.5 Genograma.....	30
2.11.6 Estado Mental e Observação Comportamental Geral	30
2.11.7 Processo de Avaliação Psicológica	31
2.11.8 Enquadramento Concetual.....	34
2.11.9 Processo de Intervenção Psicológica.....	37
2.11.10 Reflexão Crítica do Estudo de Caso.....	42
2.12 Relatório de Avaliação Neuropsicológica	44
Reflexão Pessoal.....	49
Referências Bibliográficas.....	51
Anexos	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estudo comparativo entre o momento inicial e final das variáveis avaliadas no grupo de luto, através do Teste de Wilcoxon.....	19
Tabela 2 – Casos Clínicos de Avaliação e Acompanhamento Psicológico.....	26
Tabela 3 – Resultados obtidos por F. na EADS.....	32
Tabela 4 – Resultados obtidos por F. no NEO-FFI.....	32
Tabela 5 – Resultados obtidos por F. no BSI.....	33
Tabela 6 – Resultado obtido por F. na ECAP.....	33
Tabela 7 – Critérios do DSM-V preenchidos pela paciente para Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva.....	36
Tabela 8 – Resultados obtidos por C. no ACE-III.....	46
Tabela 9 – Resultados obtidos por C. no MoCA.....	46
Tabela 10 – Resultados obtidos por C. no Ineco.....	47
Tabela 11 – Resultados obtidos por C. no DRS-2.....	47

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma de F.	30
---------------------------------	----

Índice de Anexos

- Anexo 1** – Apresentação da Atividade de Grupo – Panfleto entregue na sessão 0
- Anexo 2** – Descrição das sessões do Grupo
- Anexo 3** – Panfleto entregue na última sessão do Grupo
- Anexo 4** – Certificado de Assiduidade entregue na última sessão do Grupo
- Anexo 5** – Apresentação da Formação *“O Cuidador Informal de Doentes Paliativos”*
- Anexo 6** – Apresentação da Formação *“ACE-III – Addenbroke’s Cognitive Examination III”*
- Anexo 7** – Poster Submetido ao I Congresso de Cuidados Paliativos do Alto Minho
- Anexo 8** – Certificado de Submissão de Poster ao I Congresso de Cuidados Paliativos do Alto Minho
- Anexo 9** – Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica
- Anexo 10** – Estudo de Caso: Avaliação Psicométrica
- Anexo 11** – Estudo de Caso: Panfleto Psicoeducativo entregue a F.
- Anexo 12** – Estudo de Caso: Guia para prática do Relaxamento Progressivo de Jacobson e Respiração Diafragmática entregue à paciente
- Anexo 13** – Estudo de Caso: Atividade: *“O que menos gosto e o que mais gosto em mim?”*
- Anexo 14** – Estudo de Caso: Tabela de Automonitorização dos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva – 5 colunas
- Anexo 15** – Estudo de Caso: Tabela de Automonitorização dos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva – 6 colunas
- Anexo 16** – Estudo de Caso: Tabela de Automonitorização dos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva – 7 colunas
- Anexo 17** – Critérios do DSM-V preenchidos por C. para Perturbação Neurocognitiva Major devido a Doença de Alzheimer provável

Introdução

O estágio curricular é uma das etapas mais importantes do percurso académico, pois para além de ser o primeiro contacto direto com a prática clínica em contexto hospitalar e de implementação dos conhecimentos teóricos adquiridos previamente, permitiu adquirir novas competências imprescindíveis na prática clínica e crescer pessoal e profissionalmente enquanto futura psicóloga.

O presente relatório – do estágio curricular do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU - tem como objetivo a descrição da instituição acolhedora e de todo o percurso do estágio curricular, assim como, a apresentação de todas as atividades desenvolvidas aos longos destes meses.

Este estágio decorreu num centro hospitalar, sob orientação da Doutora G.M. e supervisão da Professora Doutora Manuela Leite. O mesmo iniciou-se em outubro de 2018, e terminou em outubro de 2019. As horas de estágio estabelecidas foram ultrapassadas devido à necessidade do acompanhamento psicológico, a longo prazo, dos casos clínicos atribuídos e do Grupo Terapêutico em curso. O horário semanal foi definido de acordo com as necessidades expostas, e com a disponibilidade dos pacientes.

1. Caracterização do Local de Estágio

1.1 O Hospital

O Hospital no qual foi realizado o estágio entrou em funcionamento em setembro de 1991, tendo sido inaugurado oficialmente em fevereiro de 1992.

É uma instituição que tem como objetivo primordial prestar cuidados de saúde de qualidade à população. O Hospital é constituído por 3 edifícios. No edifício principal localizam-se os serviços de internamento, serviço de urgência, farmácia de ambulatório, centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e consulta externa I. Num segundo edifício encontram-se os serviços de consulta externa II, Fisiatria, Unidade de Dor e Psiquiatria e Saúde Mental. E por fim, o terceiro edifício abrange o Hospital de Dia e a consulta externa III. Engloba, praticamente, todos os serviços de prestação de cuidados, auxiliado por áreas de apoio e suporte. Esta instituição é constituída por 1700 profissionais no seu total.

São prestados serviços de assistência prioritária a 5 concelhos, somando-se cerca de 350 mil utentes na sua totalidade. Para além destas áreas, o Hospital recebe ainda utentes de outros conselhos, que embora não façam parte da área de influência direta escolhem ser encaminhados para esta instituição.

O principal foco desta instituição é a realização do diagnóstico, tratamento e respetiva reabilitação dos doentes, assegurando-lhes os melhores cuidados de saúde, com níveis de competência, excelência e rigor, e a aposta em atividades de Ensino e Investigação, incentivando a formação pré e pós-graduada.

1.2 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) foi criado com vista a dar resposta à necessidade de prestação de cuidados de Saúde Mental na região assistencial do Hospital. A equipa técnica é constituída por cinco psiquiatras, uma pedopsiquiatra, quatro psicólogos, nove enfermeiros, uma assistente social e um administrativo.

Os serviços do DPSM – serviço de psiquiatria e a unidade de psicologia clínica e da saúde –, prestam assistência clínica diferenciada na prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento das perturbações mentais. É de salientar, também, o desenvolvimento de

atividades de investigação clínica no âmbito da saúde mental, assim como, a promoção de formação específica em Psiquiatria e Psicologia a alunos de medicina, psicologia, enfermagem e a médicos internos.

Tendo em consideração as diferentes problemáticas, a atividade clínica é realizada em três vertentes: em regime de internamento completo, consulta interna e externa e Hospital de Dia. A Unidade de Internamento de Psiquiatria abriu em 2004 e contém capacidade para 12 doentes (Ramos, Almeida, & Fonseca, 2017).

São diversas as áreas de atuação, nomeadamente, a nível da intervenção em crise, psicogeriatría, consulta de casal, programa de prevenção de recaídas de doentes mentais graves com apoio domiciliário semanal, consulta de psicooncologia, consulta de enfermagem, neuropsicologia, apoio da psicologia na consulta da dor, no centro de PMA, nos cuidados paliativos, na consulta de diabetes infantil e na consulta multidisciplinar de cirurgia bariátrica.

Resumindo, são quatro as unidades centrais de atuação: a Unidade Psiquiátrica Geriátrica, a Unidade de Psiquiatria do Adulto, a Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência e a Unidade de Psicologia (Ramos, Almeida, & Fonseca, 2017).

A unidade recebe utentes com todo o tipo de patologia mental, de todas as faixas etárias e nas várias modalidades de intervenção – consulta individual, de casal e em grupo.

1.3 O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A Psicologia da Saúde é a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde, visando a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2000; Teixeira, 2004) através da contribuição das diferentes áreas de conhecimento psicológico.

Segundo Trindade & Teixeira (2002), a intervenção do psicólogo em contexto hospitalar deve ser conceptualizada numa dimensão tripla: intervenção com o utente, intervenção com os familiares e intervenção com os profissionais de saúde.

É de salientar, também, que a intervenção dos psicólogos da saúde, para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes dos serviços de saúde, pode contribuir ainda para a redução dos internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicação e utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (APA, 2004).

Os psicólogos inseridos na UniPsi do DPSM realizam atividades clínicas aos mais diferentes níveis, destacando-se a consulta de: Psicologia Infantojuvenil; Psicologia em Saúde Mental e em Saúde Mental Grave, Psicologia em Crise, Psicologia Familiar; Psicologia de Casal e de Neuropsicologia.

Para além destas áreas os psicólogos assumem ainda funções ao nível da intervenção nas equipas multidisciplinares dos Cuidados Paliativos, Oncologia, Dor Crónica, Doenças Neuromusculares, Cirurgia Bariátrica, Doenças Lisossomais de Sobrecarga e Procriação Medicamente Assistida.

O apoio psicológico estende-se também a doentes internados no Hospital sinalizados pela Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos – EISHCP, ao Hospital de Dia e ao Programa de Prevenção de Recaídas, nomeadamente nas visitas domiciliárias. A UniPsi dispõe ainda de psicoterapia em grupo, existindo o Grupo de Luto, o Grupo de Cancro da Mama, o Grupo de Depressão e o Grupo de Dor Crónica.

Os psicólogos e a restante equipa do DPSM procuram constantemente novos conhecimentos através das ações de formação e da partilha de experiências.

2. Descrição das Atividades de Estágio

2.1 Reuniões de Orientação

O estágio decorreu sob orientação da Doutora G.M., Psicóloga Clínica do DPSM. As reuniões de orientação foram realizadas semanalmente à segunda feira.

Estas reuniões tinham como objetivo a orientação das atividades programadas, como a discussão de casos de avaliação psicológica, de casos clínicos e do respetivo planeamento das sessões e sessões de intervenção, análise e discussão das notas clínicas e relatórios, assim como esclarecimento de dúvidas e dificuldades e, no que respeita a questões burocráticas e de gestão do DPSM.

2.2 Reuniões de Supervisão

O estágio decorreu sob supervisão da Professora Doutora Manuela Leite, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU, com uma frequência, normalmente, semanal, à sexta feira.

Estas reuniões permitiam o esclarecimento de dúvidas que iam surgindo ao longo dos meses de estágio, relacionadas com as atividades clínicas e casos clínicos atribuídos. As reuniões eram maioritariamente em grupo, juntamente com mais duas colegas estagiárias da mesma instituição, possibilitando momentos de reflexão, discussão e partilha de ideias referentes aos casos clínicos.

Para além disso, estas reuniões permitiam o esclarecimento de dúvidas relativas à investigação a decorrer no serviço de Cuidados Paliativos do Hospital.

2.3 Reuniões de Serviço e Equipas Multidisciplinares

As reuniões de serviço do DPSM realizavam-se às segundas feiras às 08H30 e nelas participavam psicólogos, médicos psiquiatras, pedopsiquiatras, enfermeiros, assistente social e estagiários de psicologia e psiquiatria. O foco destas reuniões era, principalmente, a discussão dos casos clínicos em regime de internamento de Psiquiatria e da visita domiciliária, bem como problemáticas funcionais do DPSM. É de salientar ainda, que estas reuniões eram destinadas à apresentação de ações de formação, pelos diferentes profissionais.

Para além das reuniões de serviço do DPSM, existiu a oportunidade de participar na Reunião Trimestral da Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, que possibilitou um encontro entre as diferentes equipas de Cuidados Paliativos da região norte, com vista ao melhoramento do serviço através da partilha de experiências e dificuldades, assim como, em conjunto, encontrarem soluções mais viáveis.

2.4 Observação Participante

O primeiro trimestre do estágio, entre outubro e dezembro de 2018, foi destinado à observação participante das consultas psicológicas com os diferentes psicólogos, permitindo o contacto com as mais diversas modalidades e práticas clínicas, assim como, uma melhor adaptação ao funcionamento do departamento.

Neste sentido, foi possível a observação de consultas individuais de avaliação e intervenção psicológica, com diferentes protocolos, nomeadamente a nível da Psicologia Infantojuvenil, Psicologia em Saúde Mental, Psicologia em Crise, Psicologia Familiar, Psicologia em Cuidados Paliativos, Psicologia Oncológica, Psicologia na Dor Crónica,

Psicologia no Tratamento Cirúrgico da Obesidade, Psicologia de Casal na Procriação Medicamente Assistida e Neuropsicologia.

No que diz respeito à intervenção em grupo, foi possível assistir a sessões do Grupo do Cancro da Mama e do Grupo da Depressão, destinadas a utentes com doença oncológica da mama e utentes depressivas, respetivamente.

Durante a observação participante foi também possível assistir à visita ao internamento de pacientes em cuidados paliativos e ao internamento de Psiquiatria.

Este trimestre foi muito enriquecedor, permitindo o contacto com uma população diversificada, tanto a nível sociodemográfico, como a nível da variedade de diagnósticos e problemáticas. Foi uma etapa introdutória fundamental para a compreensão, na prática, do papel do psicólogo em contexto hospitalar e para o desenvolvimento de competências a nível da avaliação e intervenção.

2.5 Grupo de Intervenção Psicológica para Pacientes em Luto

A intervenção em grupo foi uma das atividades obrigatórias a ser levada a cabo ao longo do estágio e o Grupo atribuído teve como temática o Luto.

O luto caracteriza-se por uma das experiências mais dolorosas vivenciadas pelo ser humano, na qual há a ocorrência de um conjunto de sentimentos que precisam de tempo para ser compreendidos e resolvidos. O luto ocorre sempre após a perda de algo considerado importante, como objetos, emprego ou membros do corpo, mas principalmente depois da morte de alguém. O grau de sofrimento e de dor corresponde aos laços afetivos que as pessoas mais próximas têm umas com as outras, dos modelos de vinculação adquiridos e da cultura (Parckes, 1998; Papalia, 2000; Rebelo, 2005; Worden, 1998; Ziberman, 2003, cit. por Luz, Goulart & Benincá, 2007).

A definição de “Processo de Luto” é bastante complexa na medida em que cada pessoa o vivencia de forma diferente, mediante as culturas, o meio em que está inserida e o próprio contexto da perda (Ramos, 2016). Este processo é um acontecimento de vida muito stressante que poderá afetar o bem-estar físico, social e psicológico dos sujeitos (Castro, 2011).

Um grupo de intervenção em luto é formado por pessoas que sofreram a mesma perda em que objetivo é a partilha de experiências e recursos, de forma a aliviar o

sofrimento e a promover a adaptação aos desafios impostos pela nova situação (Puigarnau, S/D).

No grupo os participantes desenvolvem laços de proximidade, partilham emoções e sentimentos difíceis, com o objetivo principal de adquirir formas eficazes de enfrentarem a perda e, assim, normalizar a sua experiência de luto. Neste sentido, o grupo torna-se num espaço terapêutico ideal para reduzir o isolamento, diminuir sentimentos difíceis, aumentar a autoestima e a autoconfiança ao recuperar o sentido e o controlo da vida, para além de permitir a integração interna da experiência de luto (Puigarnau, S/D).

Esta modalidade de intervenção terapêutica tem, ainda, uma função psicoeducativa em que os participantes aprendem que o luto exige tempo, que é um processo dinâmico, sendo necessário a adoção de uma atitude pró-ativa e de compromisso no processo de recuperação, de forma a ultrapassarem eficazmente as diferentes tarefas/ etapas do luto.

Os objetivos do grupo desenvolvido ao longo do estágio vão de encontro ao que foi referido anteriormente, tendo tido como principal foco a diminuição da sintomatologia associada ao luto complicado, através do fornecimento de ferramentas para facilitar uma resposta de luto normativa. Para tal, a base teórica centrou-se no modelo de Worden (2013), que pressupõe a existência de quatro tarefas do luto. A primeira tarefa consiste em aceitar a realidade da perda; a segunda em processar a dor do luto; a terceira em adaptar-se a um mundo sem a pessoa falecida; e a quarta em reposicionar em termos emocionais o ente falecido e investir noutras relações.

A avaliação psicométrica do grupo foi realizada na primeira e penúltima sessões, com a aplicação dos Termómetros Emocionais; Escala de Luto Complicado (ICG) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

A seleção dos participantes foi feita pela orientadora local, tendo como critério de inclusão único encontrarem-se em processo de luto por falecimento de um ente querido por doença oncológica.

Quanto à sua caracterização, o grupo é fechado, e homogêneo quanto à problemática. Inicialmente o grupo era constituído por 12 participantes, tendo o mesmo sido dividido em dois mais pequenos, de forma a permitir a participação de todos os elementos.

No entanto, a partir da 3ª sessão decidiu-se juntar os elementos de ambos os grupos, devido às altas por faltas e por abandono. O grupo final ficou então constituído por 6 elementos.

No que diz respeito ao enquadramento temporal, as sessões decorreram ao longo de oito meses, tendo iniciado em novembro e terminado em julho, com uma frequência mensal e com uma duração de 90 minutos.

Todas as oito sessões (Anexo 2) foram organizadas em duas partes: a primeira iniciada com uma apresentação em PowerPoint com o racional teórico da sessão, e a segunda parte constituída por atividades práticas com o objetivo de trabalhar os conteúdos aprendidos. Ao longo das apresentações era permitida e incentivada a discussão em grupo sobre o tema.

Nas linhas abaixo encontra-se, de forma sucinta, a descrição das sessões com os principais objetivos e atividades realizadas.

A **sessão 0** foi realizada pela orientadora local, e teve como finalidade a apresentação em grande grupo entre os participantes e explicação dos principais objetivos e regras de funcionamento do grupo.

Na **sessão 1**, já com o grande grupo dividido em dois, foi realizada a apresentação em pequeno grupo, possibilitando a construção inicial de laços entre os membros, sendo efetuada, também, a exploração das expectativas dos participantes em relação ao grupo.

De seguida, foi realizada uma atividade em grupo intitulada de *“O que é Luto?”*, em que cada participante referiu o que era para si o luto. Depois, numa cartolina escreveram um conjunto de palavras para descrever o que na sua opinião estaria associado ao luto (e.g. saudade, tristeza). Após realizadas as atividades procedeu-se à primeira avaliação psicométrica do grupo.

A **sessão 2 e 3** teve como objetivo trabalhar a tarefa 1 e 2 de Worden (2013) – *“Aceitar a Realidade da Perda e Processar a Dor do Luto”*, através da identificação e gestão emocional. Para tal foram utilizadas um conjunto de figuras representativas das diferentes expressões emocionais e sentimentos e distribuídas pelos membros do grupo. As duas primeiras atividades foram destinadas à identificação emocional, em que na primeira deveriam tirar, aleatoriamente, de uma caixa, um papel com uma questão a responder (e.g.

"O que sinto falta do meu familiar?") e, em simultâneo, escolher a figura que melhor representasse o que sentimento/ emoção presente.

Na segunda atividade, formados por pares e de forma alternada, um dos elementos tinha que representar uma emoção e o outro ser capaz de a identificar. A atividade realizada para a gestão emocional consistiu na discussão em grupo das estratégias mais adequadas para a regulação das emoções na perspetiva de cada elemento. Nesta atividade os participantes colocaram-se no lugar do outro, e o objetivo passou por darem conselhos que na sua opinião seriam mais eficazes para atenuar as emoções e sentimentos negativos, que deveriam pôr em prática, por exemplo, no caso da solidão, o conselho dado foi a aquisição de um animal de estimação.

Na **sessão 4** procedeu-se à exploração da tarefa 3 de Worden (2013) – *"Adaptar-se a um mundo sem a pessoa falecida"*. Esta sessão teve como objetivos a resolução de problemas pendentes com o ente querido e a reflexão sobre as novas mudanças e dificuldades na aquisição de novos papéis que antes eram desempenhados pela pessoa falecida, e.g. a tomada de decisões. A atividade realizada teve como objetivo enfatizar estas questões, através do fornecimento de uma folha com frases a serem completadas por cada elemento, e posterior discussão em grupo e partilha de experiência (e.g. *"As maiores mudanças na minha vida foram ..."*).

Na **sessão 5** foi realizada a exploração da tarefa 4 de Worden (2013) – *"Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações"*, tendo por base a teoria que é possível continuar a "ter" quem se "perdeu", pois, o amor pela pessoa falecida mantém-se, é contínuo, mas apenas modificado. Isto é, apesar da pessoa ter morrido, as memórias, os valores, as inspirações e todos os anos de relacionamento e experiências partilhadas não são esquecidos nem desaparecem. Como atividade foi realizada a partilha de pertences pessoais e/ou lembranças dos familiares de cada elemento do grupo.

A **sessão 6** foi dedicada à "Carta de Despedida", com o objetivo de permitir a resolução de problemas internos pendentes relacionados com a pessoa falecida, através da escrita de aspetos que precisavam de dizer e que não tiveram a oportunidade de o fazer, funcionando também como mecanismo de expressão de pensamentos e sentimentos, facilitando a atribuição de significado pessoal à experiência da perda.

Na **sessão 7** foi realizada a avaliação pós-teste do grupo, através do preenchimento dos questionários, e terminou com a partilha das cartas de despedida escritas na sessão anterior.

A **sessão 8** foi dedicada à revisão dos conteúdos trabalhos ao longo das sessões e foi feita a implementação de estratégias de hábitos e estilo de vida saudável, com vista à prevenção de recaída, com entrega de um panfleto (Anexo 3). Por fim, o encerramento do grupo ocorreu com a entrega dos certificados de assiduidade (Anexo 4).

Todas as atividades realizadas nas sessões foram desenvolvidas de raiz e adaptadas às necessidades do grupo.

Avaliação da Eficácia do Grupo

De forma resumida, como apresentado na Tabela 1, o estudo comparativo entre os dois momentos de avaliação, permitiu verificar que os níveis de luto complicado ($Z=1.841$; $p=.066$); ansiedade - HADS ($Z=1.841$; $p=.006$) e sofrimento emocional ($Z=1.826$; $p=.068$), apesar de não apresentarem valores estatisticamente significativos, encontram-se perto da significância, indicativos de uma clara diminuição dos mesmos, entre os dois momentos de avaliação. No que concerne à depressão - HADS ($Z=1.461$; $p=.144$); TE Depressão ($Z=1.089$; $p=.276$); revolta ($Z=1.633$; $p=.102$); e necessidade de ajuda ($Z=1.289$; $p=.197$), apesar de os resultados médios indicarem diminuição da sintomatologia, esta diferença não assumiu relevância estatística.

Tabela 1

Estudo comparativo entre o momento inicial e final das variáveis avaliadas no grupo de luto, através do Teste de Wilcoxon

Variável	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Z	p
	M	SD	M	SD		
ICG	57.25	16.13	33.25	10.87	-1.84	.06+
HADS Ansiedade	13.50	1.91	9.00	1.63	-1.84	.06+
HADS Depressão	14.00	4.69	10.00	1.82	-1.46	n.s.
TE Sofrimento Emocional	9.25	0.95	6.50	1.73	-1.82	.06+
TE Depressão	8.75	2.50	7.50	1.73	-1.08	n.s.
TE Ansiedade	9.75	0.50	6.25	1.89	-1.63	n.s.
TE Revolta	7.50	5.00	4.25	2.98	-1.63	n.s.
TE Necessidade de Ajuda	8.50	2.38	7.00	1.15	-1.28	n.s.

+ $p<.010$

Importa salientar que, embora a maior parte dos pacientes se tenham mantido nos valores clínicos para luto complicado (≥ 25), verificou-se uma descida significativa destes valores, indicando uma melhor adaptação à perda e à vivência do luto e integração interna da realidade da perda. Estes resultados são congruentes com o feedback positivo transmitido pelos utentes, assim como pelas melhorias clínicas verificadas ao longo das sessões. Neste sentido, podemos considerar que os objetivos do grupo foram globalmente atingidos.

2.6 Ação de Formação

No início do estágio foi estabelecido, juntamente com a orientadora local, as atividades a serem realizadas ao longo dos trimestres, sendo obrigatório o desenvolvimento de uma ação de formação, com um tema à escolha, a ser apresentado aos profissionais de saúde do DPSM. O tema escolhido foi “O Cuidador Informal de Doentes Paliativos”

Para além desta formação, foi ainda proposto pela Neuropsicóloga do serviço uma outra formação, que consistiu na apresentação de um instrumento de avaliação para despiste de défice cognitivo e demência, destinada aos psicólogos clínicos.

2.6.1 Formação: “O Cuidador Informal de Doentes Paliativos”

A formação referente ao tema “O Cuidador Informal de Doentes Paliativos” (Anexo 5) foi apresentada aos profissionais do DPSM no dia 11 de fevereiro de 2019.

Esta formação teve como objetivos principais explicar aos profissionais de saúde o papel do psicólogo na intervenção com os cuidadores informais de doentes paliativos, assim como elucidá-los para as principais dificuldades associadas ao papel de cuidar e estratégias que podem adotar que auxiliem na diminuição dessas dificuldades, com vista à prevenção da sobrecarga ou “Síndrome do Cuidador”, tendo como pressuposto básico de que os cuidados fornecidos aos cuidadores terão influencia direta na qualidade de vida do doente e nos cuidados recebidos.

Outro ponto realçado foi a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e a importância de uma comunicação aberta, clara e ajustada às necessidades tanto do cuidador como do doente

2.6.2 Formação: "ACE-III – *Addenbrooke's Cognitive Examination III*"

A formação de Neuropsicologia (Anexo 6) decorreu no dia 26 de novembro de 2018 e o tema atribuído foi referente ao instrumento de avaliação ACE-III, que é um teste de *screening* rápido para avaliação de Défice Cognitivo e Demência.

O objetivo desta formação foi fornecer aos psicólogos clínicos conhecimento referente à avaliação neuropsicológica e ferramentas de aplicação, cotação e interpretação do *Addenbrooke's Cognitive Examination (ACEIII)* para deteção de défices cognitivos e/ou demência, tendo como princípio de base uma deteção precoce dos mesmos e implementação prévia de um intervenção de forma a retardar, estabilizar ou melhorar/recuperar as funções cognitivas.

2.7 Poster submetido ao Congresso de Cuidados Paliativos

Na sequência do estágio surgiu a oportunidade de submissão de um poster no I Congresso de Cuidados Paliativos do Alto Minho, que decorreu nos dias 12 e 13 de abril em Viana do Castelo (Anexo 7).

O poster foi desenvolvido a partir de uma revisão da literatura referente à eficácia da Terapia da Dignidade (TD), intitulada de "*Terapia da Dignidade: O impacto nos doentes oncológicos e nos familiares cuidadores*". A pertinência deste trabalho deve-se ao facto de esta terapia estar a ser implementada, através da investigação em curso, aos doentes do serviço de Cuidados Paliativos.

O objetivo foi revelar o impacto da TD nos doentes oncológicos e nos familiares, sendo que os resultados revelaram os efeitos benéficos e eficazes desta terapia, a nível do aumento da dignidade dos pacientes, o sentido de propósito e o significado da vida, vontade de viver e melhoria da qualidade de vida, assim como demonstrou ter um papel importante na aceitação com o fim de vida. Para além disso, apesar da escassa investigação ao nível da família, esta terapia revelou-se importante ao nível da vivência do luto e na adaptação ao mesmo.

2.8 Serviço de Cuidados Paliativos

Segundo a OMS (2002), os Cuidados Paliativos correspondem a uma abordagem de intervenção que permite melhorar a qualidade de vida dos doentes, e das suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação e tratamento precoce da dor, assim como de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

O serviço de Cuidados Paliativos do hospital, onde decorreu o estágio curricular, iniciou as suas funções em novembro de 2013 e é constituída por uma Equipa Intrahospital de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Esta equipa multidisciplinar é constituída por três médicas, sendo uma delas oncologista; duas enfermeiras; uma psicóloga; uma assistente social e uma assistente espiritual (quando necessário). Este serviço dispõe da consulta externa, hospital de dia, atendimento telefónico e, ainda, de reuniões interdisciplinares, uma vez por semana.

Os principais objetivos da equipa é o apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase estável, avançada e/ ou progressiva; a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e controlo sintomático em geral, de acordo com as necessidades do paciente.

Relativamente ao papel do psicólogo, com o doente, este passa por intervir em diferentes vertentes, nomeadamente, em situações de crise; dificuldades em aceitar a doença; presença de pensamentos ruminativos, negativos e desesperançosos; dificuldades de gestão emocional; resolução de problemas; educação para a saúde; e reestruturação cognitiva. Toda esta intervenção tem como objetivo principal a promoção da resiliência, melhor adaptação às circunstâncias da doença e diminuição do sofrimento emocional e psicológico, tendo em vista o aumento do bem-estar, qualidade de vida e dignidade em final de vida, ou não.

A intervenção com o cuidador familiar, passa por promover a aceitação e adaptação à situação de doença, através do fornecimento de estratégias de *coping* adequadas para lidar com o diagnóstico do doente; fornecimento de apoio e suporte emocional, tendo por base uma escuta ativa e empática; resolução de problemas/ dúvidas e conflitos internos;

assim como, a promoção da resiliência e a facilitação de uma resposta de luto normativa e preparação para a morte iminente do doente.

O papel enquanto estagiária psicóloga neste serviço consistiu na observação participante nas consultas médicas e de enfermagem, no horário da consulta externa, ou seja, às segundas e quartas feiras a partir das 14 horas. Consoante as necessidades dos pacientes e/ou familiares era feita a intervenção em crise e de suporte emocional. Para além disto, houve a oportunidade de intervir com alguns doentes com base na Terapia da Dignidade, terapia essa constituinte do protocolo de investigação a decorrer neste serviço em parceria com o IUCS.

Esta investigação compreende os pacientes seguidos na consulta externa de Cuidados Paliativos, e o objetivo central é compreender o impacto da Terapia da Dignidade (TD) nos doentes oncológicos e seus familiares cuidadores, ao nível de diversas variáveis avaliadas como: as vivências valorizadas, sentimentos de ansiedade, depressão e stress, a dignidade e o luto antecipatório, através da comparação das mesmas entre o grupo experimental e o grupo de controlo.

Para contextualizar brevemente, a Terapia da Dignidade é uma intervenção psicoterapêutica breve e individualizada, desenvolvida para responder à angústia psicossocial e existencial de doentes paliativos, convidando-os a abordar questões de vida que lhes são mais importantes, através da gravação áudio, transcrição e edição destas lembranças num documento final, entregue aos ente queridos, de forma a que estas memórias sejam recordadas após a morte que se aproxima (Julião, 2016).

Esta oportunidade de intervir com base na Terapia da Dignidade nos doentes paliativos foi uma experiência extremamente positiva, possibilitando contribuir de forma direta para o aumento da dignidade em final de vida destes doentes, que muitas vezes é perdida ao longo do processo de doença, assim como, facilitar a resolução de problemas pendentes, através da escrita da carta.

2.9 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica pode definir-se como a atividade científica e profissional que consiste em recolher, integrar e avaliar um conjunto de dados, acerca de um sujeito, com recurso a diferentes fontes. Engloba, portanto, uma recolha exaustiva da anamnese, através da entrevista, observação comportamental e o recurso a instrumentos de avaliação psicométrica, para avaliar constructos que não podem ser diretamente observados (Pais-Ribeiro, 2013; Hutz, 2015). Tendo em conta a junção destas componentes, o objetivo é, portanto, confirmar ou descartar hipóteses diagnósticas sobre uma pessoa ou um grupo (Hutz, 2015).

A avaliação neuropsicológica, por sua vez, emerge do campo da neuropsicologia e o principal objetivo/foco é a avaliação das funções cognitivas e do comportamento, comparando-os com o funcionamento normal ou deficitário do sistema nervoso central, com vista a possibilitar um diagnóstico, a determinação da natureza ou etiologia dos sintomas/défices, a gravidade dos mesmos, o prognóstico e evolução e uma intervenção a nível da reabilitação neuropsicológica (Haase, *et al.*, 2012, cit. por Diniz-Malloy, Fluentes, Mattos & Abreu, 2018).

Tanto a avaliação psicológica com a neuropsicológica consistem em processos complexos que envolvem a utilização de diversas ferramentas, como entrevistas, avaliação do estado mental, observação comportamental e instrumentos de avaliação do funcionamento cognitivo, comportamental e emocional, com vista à compreensão da pessoa no seu todo (Diniz-Malloy, Fluentes, Mattos & Abreu, 2018).

Na UniPsi do DPSM, na componente avaliativa das consultas de Psicologia, nem sempre é priorizada a utilização de testes psicológicos, e isso pode ser explicado pelo tempo limitado para cada consulta e o espaçamento existente entre as mesmas, e, também, o facto de, em alguns casos, ser necessária intervenção em crise.

No entanto, é dada maior relevância à utilização dos instrumentos de avaliação nas consultas de neuropsicologia e de psicologia infantojuvenil, pois nestas são feitas a avaliação de constructos que não podem ser avaliados apenas através da observação comportamental e entrevista, como a inteligência, os défices cognitivos, entre outros, sendo necessário comprovar ou aprofundar hipóteses através de testes cientificamente validados.

Mais à frente neste relatório, no tópico 2.12, está descrito um exemplo de relatório de neuropsicologia de uma paciente encaminhada para avaliação neuropsicológica por queixas mnésicas, que contém os aspetos mencionados anteriormente.

2.10 Consulta Psicológica

A Consulta Psicológica (CP) refere-se à prática psicológica em si num sentido amplo, e não apenas ao *counseling psychology*¹. Portanto, a consulta psicológica engloba o recurso à mais variadas modalidades de intervenção psicológica, para qualquer tipo de problemática e em diferentes contextos institucionais (Campos, 1988).

A CP em contexto hospitalar centra-se na avaliação e intervenção em casos com diferentes problemas e diagnósticos, focando-se na promoção de estratégias de *coping* adequadas, na melhoria da ativação do suporte social e na adoção de estilos de vida saudáveis, incidindo sobre a gestão do stress, adaptação à doença crónica, adesão terapêutica, autocuidado e psicoeducação em saúde (Teixeira, 2004).

Neste sentido, os objetivos da intervenção psicológica em contextos de saúde são a facilitação da mudança comportamental adequada, auxiliando o indivíduo a deparar-se com as exigências específicas resultantes da doença ou do tratamento inerente a esta (Bennett, 2000).

Na UniPsi do DPSM, a consulta psicológica visa o aconselhamento, apoio e intervenção com o paciente e familiares face a situações desafiadoras. As problemáticas mais frequentes variam consoante a faixa etária. Nos mais jovens, é frequente os problemas comportamentais e emocionais, défices ao nível da atenção e concentração, dificuldades de aprendizagem e problemas familiares. Nos adultos, destacam-se a elevada prevalência de casos com perturbações de depressão e ansiedade, perturbações de personalidade, dificuldade de aceitação e adaptação a condições crónicas, luto, *burnout* em cuidadores informais, défices cognitivos e quadros demenciais na população mais idosa.

A atribuição de casos clínicos, por parte da orientadora local, ocorreu entre novembro e dezembro de 2018 e foi determinada pela variedade de problemáticas e faixas etárias, de forma a possibilitar um contacto o mais diversificado possível com a realidade

¹ Conceito inglês utilizado para referir-se a aconselhamento psicológico

clínica. Em janeiro de 2019 iniciou-se o processo autónomo de acompanhamento psicológico dos utentes, tendo tido a oportunidade de acompanhar 5 casos clínicos, que se encontram apresentados resumidamente na Tabela 2. Para além desses casos foi ainda encaminhado um outro utente para fazer somente avaliação psicológica na área infantojuvenil (Anexo 9).

Tabela 2

Casos Clínicos de Acompanhamento Individual

Identificação	Problemática	Avaliação Psicológica	Abordagem Terapêutica	Orientação
A.F. 8 anos	PHDA e Incapacidade Intelectual	WISC-III; CBCL; TRF; Questionários de Conners	Psicoeducação; Treino da Atenção e Concentração; Treino de competências parentais; Relaxamento Muscular	Alta
F.C. 77 anos	Doente Oncológica, encaminhada para Terapia da Dignidade	Escala da Dignidade; Termómetros emocionais	Terapia da Dignidade	Encam. para psicóloga residente
C.R. 78 anos	Défice Cognitivo, com provável Demência de Alzheimer	ACE-III; INECO; MoCA; DRS-2	Reabilitação Neuropsicológica	Alta
F.S. 69 anos	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva	NEO-FFI; BSI; EADS; Escala de Compulsão Alimentar Periódica	Relaxamento Muscular	Alta
A.O. 55 anos	Cuidadora informal de doente oncológico em fase terminal	QASCI; EADS; CES-D; ELA; Automonitorização	Abordagem TCC; Psicoeducação; Relaxamento Muscular;	Encam. para psicóloga residente

Após a recolha anamnésica, avaliação psicométrica e estabelecimento do possível diagnóstico/ problemática foram elaborados os planos de intervenção a serem implementados. Ao longo do processo de intervenção psicológica, foram produzidas as notas clínicas das consultas e preparadas as sessões e respetivos materiais a serem utilizados, que eram discutidos em reunião de orientação semanal.

Esta atividade clínica foi especialmente enriquecedora, possibilitando a implementação prática dos conhecimentos teóricos, competências e técnicas previamente adquiridas tanto ao longo da formação académica como no período de observação participante.

2.11 Estudo de Caso

2.11.1 Identificação

F. tem 69 anos e é a mais velha de uma fratria de 9 irmãos. Possui o 12º ano de escolaridade e é empresária têxtil. É divorciada e tem uma filha com 39 anos. Vive com a filha, o genro e o neto.

2.11.2 Pedido e Motivo da Consulta

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia pelo serviço de nutrição, devido à presença de episódio de voracidade alimentar, com dificuldades de autocontrolo e ansiedade por comer.

2.11.3 História Pessoal

F. perdeu a mãe quando tinha cerca de 14 anos, que faleceu devido a doença cardiovascular, acabando por assumir as responsabilidades “maternas”, cuidando dos irmãos. Refere ter tido uma boa relação com a mãe, assim como com o pai, caracterizando-o como tendo sido um bom pai e trabalhador.

A paciente frequentou a escola até ao 12º ano, tendo-se cansado aos 25 anos e tido a sua filha J. 4 anos depois. A nível profissional, F. trabalhou como empregada de escritório até por volta dos 45 anos, altura em que foi despedida com indemnização por mútuo acordo entre ambas as partes. Pouco depois, reformou-se por doença – bronquite asmática.

Relativamente ao casamento, a relação conjugal é descrita com tendo sido conflituosa, existindo episódios de infidelidade, com a irmã mais nova da paciente, e de violência doméstica, tendo a filha assistido a alguns deles. F. divorciou-se ao fim de cerca de 25 anos de casamento, com 50 anos.

F. tinha uma relação próxima e maternal com esta irmã, que tratava como se fosse sua filha. Esta frequentava a casa de F. de forma rotineira, devido ao facto de estar a estudar longe da sua residência e de a da irmã ser próxima da escola. Segundo a paciente terá sido o que desencadeou a proximidade com o cunhado (marido de F.) e a relação extraconjugal, que perdurou vários meses até descobrir. Após a descoberta, a paciente divorciou-se, tendo a irmã posteriormente oficializado a relação amorosa com o ex-marido de F., de quem teve

um filho mais tarde. Esta situação teve um grande impacto emocional negativo tanto em F. como na filha.

Durante estas crises e ruturas familiares a paciente desenvolveu uma perturbação depressiva, encontrando-se a fazer medicação para a depressão – citalopram – até aos dias de hoje. O mesmo aconteceu com a filha, que durante o divórcio dos pais apresentou sintomatologia depressiva e, também, ideação suicida, tendo chegado a elaborar uma carta de despedida à mãe, embora não tivesse efetivado a tentativa de suicídio.

Este fator terá levado a paciente a dar um rumo mais equilibrado à sua vida em benefício da filha. Entretanto a filha foi para a faculdade, formou-se na área da Educação, exercendo durante alguns anos na região autónoma da Madeira. Mais tarde casou-se e teve o seu filho.

O facto de ter a filha longe de casa, da mãe, do filho e do marido, e também querer criar uma fonte de rendimento e ocupação, levou F. a criar juntamente com a filha uma empresa têxtil, na qual investiu grande parte do seu tempo e energia, dedicando-se inteiramente a este projeto. Atualmente, ainda se encontra a gerir a empresa, mas com menos responsabilidades, assumindo a filha J. a maioria dos encargos.

Atualmente, a paciente apresenta rotinas estruturadas, pratica hidroginástica todos os dias à exceção de quarta, sábado e domingo e, frequentemente viaja em família e realizada convívios com pessoas amigas. A nível afetivo não voltou a ter relações amorosas com ninguém.

2.11.4 História do Problema Atual

Relativamente ao motivo de encaminhamento para psicologia, a paciente referiu que os comportamentos alimentares compulsivos terão iniciado quando começou a exercer as funções de gestão na sua empresa têxtil. F. referiu que sempre teve uma estatura e IMC dentro dos padrões considerados normais, sem oscilações de peso significativas ao longo da sua vida, começando a aumentar o peso precisamente nesta altura em que começou a trabalhar autonomamente.

Mencionou, ainda, a interferência das preocupações, problemas e angústias que começaram a surgir, decorrentes de atrasos dos pagamentos por parte dos clientes, a acumulação de faturas por liquidar aos fornecedores, os prazos de entrega de encomendas

e respetivos atrasos nas entregas a cumprir. Todos estes fatores, segundo F., levavam à necessidade de uma dedicação extrema e trabalho árduo, acabando por gerar um elevado nível de *stress* e ansiedade.

A paciente referiu ainda que quando tem trabalhos de entrega urgente a mesma executa-os empenhadamente até os terminar *“enquanto não estiver pronto não sossego...”* (sic).

Segundo F., tendo em conta estes fatores, encontrou na comida uma forma de atenuar o seu impacto stressante *“se comer parece que fico calma, enquanto não comer não consigo parar de pensar nisso e fico ainda mais ansiosa”*(sic). O facto de ter construído a fábrica no rés do chão de sua casa, facilita o acesso à comida, constituindo-se como um fator facilitador da ingestão alimentar: *“É só subir as escadas e comer, posso sair quando quero, sem dar justificações a ninguém”*(sic).

F. relata que vê na comida uma fonte de satisfação e de preenchimento de lacunas emocionais, procurando bem-estar, algo que a faça sentir melhor e mais tranquila *“a comida faz-me sentir mais tranquila”*; *“às vezes tenho de comer qualquer coisa que me ocupe o ego”*; *“procuro na comida algo diferente que me faça sentir melhor”*; *“parece que me sinto mais satisfeita se comer”* (sic). Salientou, também, a presença de períodos em que se consegue controlar, e outros de voracidade total: *“Às vezes consigo controlar-me muito bem e só como uma maçã durante a tarde, outros que só estou bem a comer e não dá para controlar”*(sic).

Para além da tendência para comer em situações consideradas de ansiedade, F. acrescentou, ainda, que a ingestão alimentar exagerada também ocorre em momentos de convívio, ou em períodos festivos, nos quais tem bastante comida à disposição e sem restrições: *“Estar em convívio dá-me vontade de comer, estou a sempre a petiscar... mesmo depois de toda a gente acabar comer eu ainda continuo, não consigo parar”*; *“Quando alguma amiga vai jantar a minha casa e sobra comida, depois de arrumar a cozinha, dá-me para comer o que sobra, e sabe tão bem”*(sic).

Porém, a sensação de bem-estar produzida pela comida, rapidamente é substituída por sentimentos de culpa, arrependimento e desilusão consigo mesma por não ter controlado os impulsos alimentares: *“Depois de comer penso «porquê que não te*

controlaste?»”; “Não devia ter comido”; “Devia de me ter consigo controlar”; “Eu não aprendo”; “Isto assim não pode ser, para a próxima tenho que me controlar” (sic).

Apesar das dificuldades de autocontrolo dos impulsos alimentares, a paciente apresenta autocrítica e consciência da necessidade de mudança comportamental: *“Eu sei que não devia... tenho mesmo que fazer alguma coisa, assim não pode ser” (sic).*

2.11.5 Genograma

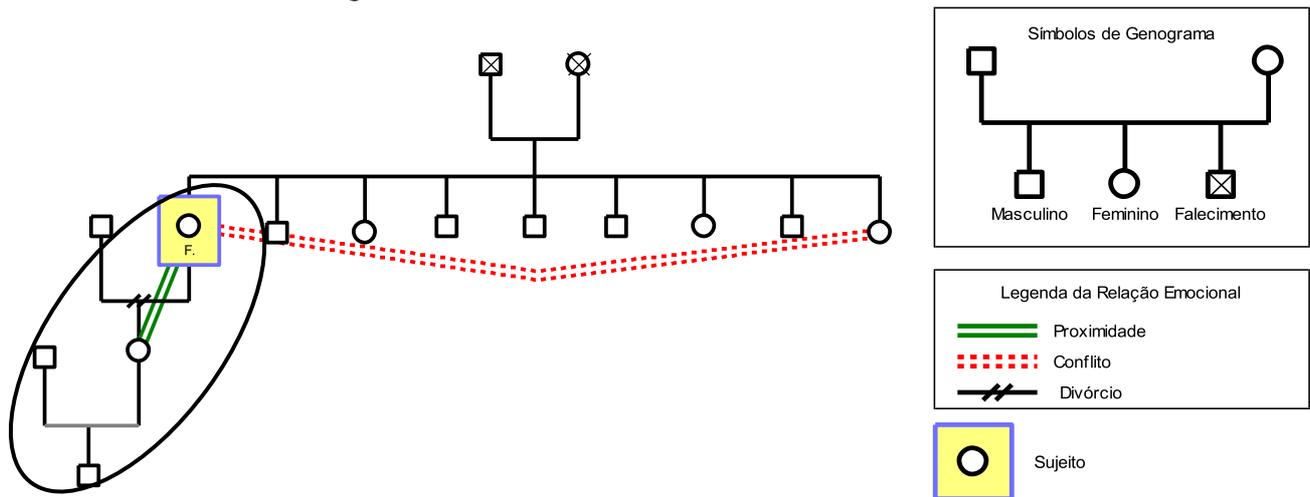


Figura 1. Genograma de F.

2.11.6 Estado Mental e Observação Comportamental Geral

Durante todo o processo de acompanhamento, a paciente apresentou bom aspeto e um adequado cuidado geral, a nível de vestuário e de higiene, apresentando idade aparente ajustada à idade real. Orientação preservada auto e alopsiquicamente², quer no que respeita ao tempo, quer ao espaço.

Apresentou um comportamento adequado ao contexto, e uma atitude apropriada e colaborante, mostrando-se motivada durante todo o processo de avaliação e acompanhamento psicológicos. Exibiu sempre um discurso organizado, coerente e espontâneo.

Revelou, ainda, ausência de comprometimento cognitivo aparente, a nível da perceção ou pensamento e das funções globais, à exceção da alimentação. F. tem insight sobre a problemática e elevada diferenciação psicológica.

² Orientada face a si e face aos outros

2.11.7 Processo de Avaliação Psicológica

O processo de avaliação centrou-se, essencialmente, nas duas primeiras consultas, em que a primeira destinou-se à recolha anamnésica e de informações acerca do problema atual e a segunda ao aprofundamento do mesmo e à aplicação de instrumentos de avaliação psicométricos. Salienta-se que foram utilizadas Tabelas de Automonitorização ao longo do acompanhamento de F., que para além de úteis no processo de avaliação, também tiveram uma dupla função ao nível da intervenção.

Com base na informação clínica recolhida foram selecionados os instrumentos de avaliação mais adequados, de forma a realizar-se uma avaliação formal das problemáticas evidenciadas e referidas pela paciente.

Procedeu-se, então, à aplicação das seguintes provas de avaliação (Anexo 10): **EADS** (escala de ansiedade, depressão e *stress*), tendo em conta os altos níveis de ansiedade e *stress* referidos por F., que poderiam constituir fatores incitantes dos episódios alimentares; **NEO-FFI** (inventário de personalidade), tendo como objetivo apurar as características e o funcionamento da personalidade de F., podendo explicar, eventualmente, os padrões de comportamento consistentes ao nível da alimentação; **BSI** (inventário de avaliação do tipo e gravidade de sintomas psicopatológicos), com vista a avaliar a existência de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos que poderiam ter influência nos comportamentos alimentares; e a **ECAP** (escala de compulsão alimentar periódica), de forma a apurar a presença de perturbação alimentar e o grau de gravidade. Para além das provas psicométricas, as **Tabelas de Automonitorização** tiveram como objetivo avaliar as situações, emoções, pensamentos automáticos e respetivos comportamentos que estavam na origem dos episódios alimentares.

A **EADS-21** é constituída por um questionário de autoavaliação num total de 21 itens organizada em 3 subescalas: ansiedade, depressão e *stress*. Cada uma das escalas é constituída por 7 itens e cada frase tem 4 possibilidades de resposta, organizadas numa escala de tipo *Likert* de acordo com a gravidade ou frequência. Obtêm-se os resultados de cada escala somando os resultados dos 7 itens. Quanto maior for o resultado em cada escala, maior os níveis de ansiedade, depressão e *stress* (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004). Os resultados obtidos pela paciente nestas escalas não são indicadores de sintomatologia clinicamente significativa, como se pode observar na Tabela 3, o que não vai de encontro

ao esperado, uma vez que a paciente relata grandes níveis de ansiedade aquando da ocorrência dos episódios alimentares compulsivos, assim como na sua vida laboral.

Tabela 3

Resultados obtidos por F. na EADS

Escalas	Resultado Obtido	Nível Clínico
Ansiedade	1	Normal (0-7)
Depressão	4	Normal (0-9)
Stress	9	Normal (0-14)

O **NEO-FFI** permite uma avaliação compreensiva da personalidade adulta, sendo possível aglutinar as tendências comportamentais, emocionais e cognitivas através de cinco categorias: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C) (Lima, 2014). Como se pode verificar na Tabela 4, os resultados obtidos não são clinicamente significativos, não revelando a presença de aspetos volitivos e motivacionais, afetivos e emocionais que conduzam a padrões de comportamento consistentes e singulares, como a nível alimentar.

Tabela 4

Resultados obtidos por F. no NEO-FFI

Domínios	Resultados Brutos	Notas z
N Neuroticismo	24	0,01
E Extraversão	28	- 0,25
O Abertura à Experiência	19	- 1,35
A Agradabilidade	28	- 0,8
C Conscienciosidade	31	- 0,51

O **BSI** é constituído por 53 itens, com escala de resposta tipo Likert e avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três Índices Globais (Índice de Gravidade de Sintomas (IGS); Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP)). A análise das pontuações obtidas nas dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que perturba mais o indivíduo e os índices globais permitem avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado (Canavarro, 2007). Os resultados obtidos pela paciente nos diferentes domínios e índices não revelaram a

presença de sintomatologia psicopatológica, encontrando-se os valores dentro da média, não se verificando valores clinicamente significativos, como demonstra a Tabela 5.

Tabela 5

Resultados obtidos por F. no BSI

Dimensão	Rbrutos	Notas z
Somatização (SOM)	0,57	0,00
Obsessivo-Compulsivo (OC)	1,33	0,05
Sensitividade Interpessoal (SI)	1,00	0,05
Depressão (DEP)	0,67	-0,31
Ansiedade (ANS)	1,17	0,29
Hostilidade (HOS)	0,20	-0,88
Ansiedade Fóbica (FOB)	0,40	-0,03
Ideação Paranoide (PAR)	0,60	-0,58
Psicoticismo (PSY)	0,40	-0,44
IGS (Índice de Gravidade de Sintomas)	0,70	-0,30
TSP (Total de Sintomas Positivos)	28,00	0,09
ISPD (Índice de Sintomas Positivos)	1,32	-0,61

A ECAP, por sua vez, permite verificar a presença ou ausência de compulsão alimentar e fazer a diferenciação em termos de gravidade (moderada ou grave). É uma escala tipo Likert, constituída por 16 itens e 62 afirmações, das quais deve ser selecionada aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. As afirmações são pontuadas de 0 a 3, consoante a gravidade. A pontuação final é obtida pela soma de todos os itens. Indivíduos com pontuação \leq a 17 indica ausência de compulsão alimentar periódica; pontuações entre 18 e 26 indica compulsão alimentar periódica moderada; e pontuação \geq 27, com compulsão alimentar periódica grave (Freitas, Lopes & Appolinario, 2001). Nesta escala, os resultados obtidos pela paciente são clinicamente significativos com pontuação de 21, indicando a presença de compulsão alimentar periódica moderada (18-26 pontos), o que vai de encontro ao esperado.

Tabela 6

Resultados obtidos por F. na ECAP

Resultado Obtido	Nível Clínico
21	Perturbação de Ingestão Compulsiva Moderada (18-26 pontos)

Quanto às **Tabelas de Automonitorização**, a sua análise, de forma sucinta, permitiu aferir que os episódios alimentares compulsivos tendem a ocorrer em situações consideradas de maior ansiedade para F., como por exemplo, ter algo para terminar, ou em situações de convívio, e ainda como mecanismo de regulação emocional. Para além disso, verificou-se que os pensamentos automáticos são semelhantes (e.g. *“Tenho que comer para ficar melhor”* sic.), assim como sentimentos de culpa e arrependimento após os episódios.

Sintetizando, ao fazer a conjugação da informação recolhida, da análise dos autorregistos e dos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação, era de esperar que as escalas comprovassem níveis de ansiedade significativos. Com o NEO-FFI foi possível concluir que os comportamentos alimentares compulsivos não são potenciados por aspetos da personalidade, mas ao que tudo indica, por mecanismos de regulação emocional desadaptativos. Quanto à ECAP, esta vai de encontro ao esperado, com a presença de compulsão alimentar moderada, reforçando os critérios do DSM-V para o diagnóstico de **Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva**.

2.11.8 Enquadramento Concetual

As perturbações alimentares caracterizam-se por uma conduta desadequada relativamente ao comportamento alimentar e que tem como resultado a ingestão ou a absorção alterada de alimentos, comprometendo significativamente a saúde física e/ou o funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Estas perturbações têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes, podendo manifestar-se através de episódios de restrição alimentar, prática excessiva de exercício físico ou ingestão compulsiva de alimentos seguida, ou não, de comportamentos compensatórios, como é o caso da anorexia nervosa, da bulimia e da ingestão alimentar compulsiva (Fairburn, & Harrison, 2003, cit. in Antunes, 2008).

O curso transitório ou crónico de um transtorno alimentar está relacionado com a persistência das distorções cognitivas, à ocorrência de eventos de vida significativos e do estado de desnutrição (Oliveira & Fonsêca, 2006).

A Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) foi descrita pela primeira vez em 1959 por Stunkard e pode ocorrer em indivíduos com peso normal e em indivíduos

obesos (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004). O comportamento de ingestão alimentar compulsiva está diretamente associado ao alívio de sentimentos negativos, ou seja, o indivíduo associa a comida a uma forma de compensar/atenuar o sofrimento emocional, tal como se verifica com F. Porém, sabe-se que a função dos alimentos é nutrir o organismo e não preencher lacunas emocionais ou diminuir estados emocionais, logo o seu efeito é temporário, levando ao aumento da ocorrência do comportamento e dos episódios alimentares (Barros, 1997. cit. por Oliveira & Fonsêca, 2006).

Do ponto de vista psicológico os fatores que estão associados ao desencadeamento de episódios de ingestão alimentar compulsiva são a ansiedade, o *stress*, a depressão, e emoções negativas como raiva, frustração, solidão e tristeza (Oliveira & Fonsêca, 2006), o que vai de encontro ao que é relatado pela paciente. Segundo Gluck, Geliebter e Satov (2001), o stress é um dos principais fatores associados ao aumento compulsões alimentares, pois durante situações stressantes, o cortisol é libertado, estimulando a ingestão alimentar e, conseqüentemente, o aumento do peso.

É exatamente o que se verifica com F., que recorre aos alimentos tendo como objetivo a diminuição dos estados emocionais negativos decorrentes da atividade laboral ou, simplesmente, em busca de prazer ou satisfação.

Segundo Azevedo, Santos e Fonseca (2004), os indivíduos obesos com PIAC, como é o caso de F., podem constituir uma subcategoria entre a população de obesos atendendo às características específicas que apresentam. Demonstrem uma autoestima mais baixa e respondem com afetos negativos à avaliação externa do seu peso e comportamento alimentar (Antoniou *et al.*, 2003; Bulik, Sullivan & Kendler, 2002, cit. por Tapadinhas & Pais Ribeiro, 2008), F. enquadra-se nestas características tendo em conta que apresenta reduzida autoestima e comportamentos de evitamento de exposição do corpo: *“Não gosto do que vejo ao espelho, até evito... parece que nada me assenta bem, fica-me tudo mal”* (sic).

Para além disso, estes indivíduos tendem a exibir maiores dificuldades para interpretar as sensações de fome e saciedade (Zwaan et al., 1994 citados por Plannell & Marí, 2002, cit. por Tapadinhas & Pais Ribeiro, 2008). Este último aspeto é evidenciado pela paciente, uma vez que os episódios alimentares tendem a ocorrer como mecanismo de regulação emocional ou em momentos de convívio, mesmo sem a presença da sensação

fisiológica de fome, terminando a ingestão apenas quando sente extramente enfiada, verificando incapacidade para interpretar então os sinais de fome e saciedade.

Segundo Azevedo, Santos e Fonseca (2004) a maioria dos indivíduos com esta perturbação fazem inúmeras tentativas de dietas e sentem-se emocionalmente desesperados devido às grandes dificuldades em controlar a ingestão alimentar. Alguns continuam a tentar restringir o consumo de alimentos, enquanto outros desistem das dietas em detrimento dos constantes fracassos.

No caso da paciente, esta encontra-se a ser acompanhada pelo serviço de nutrição do hospital e foi-lhe prescrita uma dieta equilibrada com vista à redução do peso e controlo alimentar. Porém, apresenta dificuldades acentuadas em seguir o plano alimentar, e recorre ao mesmo de forma desajustada após a ingestão exagerada de alimentos, ou seja, de uma alimentação excessiva passa para uma alimentação restrita, como por exemplo, comer apenas uma peça de fruta durante a tarde, com vista a compensar os exageros ingeridos anteriormente, sendo possível verificar a presença de um comportamento ambivalente.

Para além destes aspetos, o diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva é reforçado pelos critérios do DSM-V, que são preenchidos na íntegra pela paciente e que vão de encontro à informação previamente recolhida. Os critérios encontram-se abaixo na Tabela 6.

Tabela 7

Crítérios do DSM-V preenchidos pela paciente para Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

-
- Comer, num período curto de tempo uma quantidade de alimentos que é superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias;
 - Sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio;
 - Ingestão muito mais rápida que o habitual;
 - Comer até se sentir desagradavelmente cheio;
 - Ingestão de grandes quantidades de alimentos na ausência da sensação física de fome;
 - Comer sozinha por se sentir envergonhada pela sua voracidade;
 - Sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva;
 - Mal-estar marcado ao recordar as ingestões alimentares compulsivas;
 - As ingestões alimentares têm lugar, em média, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses;
 - A ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados (como na bulimia nervosa).
-

2.11.9 Processo de Intervenção Psicológica

Finalizado o processo de avaliação psicológica, foram iniciadas as sessões de acompanhamento psicológico. A intervenção foi constituída por 8 sessões de intervenção, com frequência semanal e quinzenal, conforme a disponibilidade da utente, com início em fevereiro de 2019 e término em agosto do mesmo ano.

Posto isto, ao longo da avaliação psicológica, foi possível aferir que os comportamentos alimentares compulsivos tendem a ocorrer como um mecanismo de regulação emocional, em que F. procura nos alimentos algo que a satisfaça e a equilibre emocionalmente, ou seja, funcionam com uma fonte de prazer e estabilidade emocional. Esta procura tende a provocar estados de ansiedade, que só diminuem após a ingestão de alimentos, que, conseqüentemente, originam sentimentos de culpa, arrependimento e mal-estar, desenvolvendo-se, portanto, um ciclo vicioso.

Desta forma, o plano de intervenção teve como objetivo principal a mudança comportamental e, conseqüente diminuição dos episódios alimentares compulsivos, através da substituição dos comportamentos disfuncionais por comportamentos alternativos mais funcionais e aquisição de estratégias de *coping* e autocontrolo mais adaptativas. Outros focos da intervenção foram ao nível da ansiedade e *stress*, através da implementação de estratégias de relaxamento e respiração e ao nível da autoestima, autoimagem e autoaceitação.

O modelo terapêutico de base utilizado foi a **Terapia Cognitivo-comportamental (TCC)**. A TCC para os transtornos alimentares foi descrita pela primeira vez por Fairburn em 1981 (Nunes & Abuchaim, 2008), sendo uma das principais correntes psicoterapêuticas que privilegia um trabalho direto a nível das PA e das causas que fazem com que o distúrbio permaneça (Filho, Magalhães & Tavares, 2009).

Esta abordagem procura identificar e corrigir as cognições e comportamentos que favorecem o desenvolvimento e a manutenção das alterações cognitivas e comportamentais. O sistema de crenças do indivíduo exerce, com se sabe, um papel determinante a nível das emoções, sentimentos e comportamentos (Duchesne & Almeida, 2002, cit. por Oliveira & Deiro, 2013).

Tem como objetivo principal a avaliação das estratégias cognitivas do paciente, proporcionando maior flexibilidade cognitiva ao analisar determinadas situações e modificá-las, possibilitando alívio sintomático e mudanças comportamentais duradouras (Knapp, Luz & Baldisserotto, 2001, cit. por Nogueira, Crisostomo, Souza & Prado, 2017).

A TCC relaciona três aspetos fundamentais: pensamento, emoção e comportamento, e a intervenção passa, essencialmente, por explorar e associar esses aspetos, com o objetivo fazer com que a paciente examine a validade das suas crenças e mude comportamentos disfuncionais (Oliveira & Deiro, 2013).

Foram, então, selecionadas um conjunto de técnicas cognitivas e comportamentais (e.g.: automonitorização, relaxamento, psicoeducação,...) para se proceder à modificação dos pensamentos automáticos e, conseqüente modificação dos comportamentos e hábitos alimentares, e respetiva reestruturação dos mesmos.

O objetivo destas técnicas foi o fornecimento de ferramentas para F. conseguir adquirir controlo comportamental sobre a alimentação, auxiliando-a na modificação das atitudes ao nível dos hábitos alimentares desregulados, do peso e da imagem corporal. (Nunes & Abuchaim, 2008; Filho, Magalhães, & Tavares, 2009).

A principal técnica utilizada e que teve o foco da intervenção foi a automonitorização/autorregisto dos diferentes aspetos envolvidos nos episódios alimentares compulsivos. Para tal, foram construídas diferentes tabelas de registo sistemático que foram implementadas e trabalhadas juntamente com a paciente ao longo das sessões.

Segundo Moreira e Melo (2005), a automonitorização do comportamento inadequado, a aprendizagem de competências de resolução de problemas, o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas e procedimentos terapêuticos comportamentais, como o treino de relaxamento, contribuem para a melhoria dos pacientes com *stress*/ansiedade face aos problemas e às situações com que se deparam nas suas vidas.

Posto isto, passando para a descrição das sessões, a **primeira sessão** teve como objetivo principal a introdução ao processo de acompanhamento psicológico, com a apresentação geral do plano de intervenção a ser implementado, e respetivos objetivos de

cada sessão. Foi, também, realçado a importância da motivação, comprometimento e assiduidade ao longo das consultas para a facilitação dos ganhos terapêuticos. Para finalizar, foi entregue um panfleto psicoeducativo (Anexo 11) sobre a PIAC, as consequências associadas ao excesso de peso e a importância de uma alimentação saudável e equilibrada.

A **segunda sessão** teve como objetivo a implementação de estratégias comportamentais para o controlo da ansiedade e *stress*, através das técnicas de relaxamento progressivo de Jacobson e da respiração diafragmática (Anexo 12). Depois da implementação prática do relaxamento, a paciente verbalizou o efeito positivo destas técnicas referindo sentir-se mais calma e relaxada.

De forma a poder beneficiar do relaxamento em casa foi-lhe fornecido um guia prático orientador, sendo negociado que deveria realizar o relaxamento pelo menos uma vez por dia, quando se sentisse mais ansiosa. O planeamento desta sessão deveu-se ao facto de F. mencionar sentir grande ansiedade no seu dia-a-dia, utilizando mecanismos desajustados para a regulação da mesma, normalmente, através da ingestão alimentar exagerada.

A **terceira sessão** teve como foco uma intervenção breve ao nível da autoestima, autoimagem e autoaceitação, tendo em conta que um dos problemas de F. é a baixa autoestima, devido a peso excessivo, não gostando de ser ver ao espelho e, por vezes, sentindo-se inferiorizada em público pela sua imagem.

Neste sentido, foi elaborado o exercício *"O que menos gosto e o que mais gosto em mim?"* (Anexo 13), que consistiu em pedir à paciente para enumerar um conjunto de aspetos que menos gostasse em si, avaliando quais deles seria possível modificar (e de que forma) e se tal terá ou não fundamento, e, seguidamente, os aspetos que mais gostava em si, ajudando-a a realçá-los o máximo possível. O objetivo principal desta atividade foi promover a aceitação de si mesma, valorizando as suas competências e qualidades e assumindo as suas limitações, tendo como pressuposto que a autoestima não é apenas o reconhecimento das suas qualidades, mas uma atitude de aceitação perante si e os outros.

Ainda nesta sessão, de forma a promover o autocontrolo da ingestão alimentar ao longo das sessões, foi proposto como trabalho de casa o preenchimento de uma tabela de automonitorização de 5 colunas (Anexo 14), que tem por base indicadores que permitem

identificar os aspetos envolvidos no surgimento e desenvolvimento dos episódios alimentares compulsivos (situação → emoção → pensamento automático → comportamento → emoção).

A paciente foi incentivada a efetuar a monitorização e autorregisto aquando da ocorrência dos episódios alimentares compulsivos. Este instrumento foi utilizado até ao final da intervenção psicológica como trabalho de casa e discutido nas sessões seguintes, de forma a implicá-la ativamente no seu processo de mudança e recuperação, promovendo a tomada de consciência dos comportamentos, pensamentos e emoções.

Na **quarta e quinta sessões** procedeu-se à análise e discussão, juntamente com a paciente, da tabela de automonitorização de 5 colunas, em que o objetivo foi a paciente adquirir autoconhecimento sobre as situações e os respetivos pensamentos automáticos e emoções que desencadeiam o episódio alimentar – comportamento –, de forma a consegui-los controlar e modificar.

Foi possível verificar que os episódios alimentares ocorrem maioritariamente como mecanismo de regulação emocional ou em busca de prazer/satisfação, principalmente quando F. se sentia mais ansiosa. Outro aspeto a salientar foi o estado emocional comum após os episódios, realçando-se os sentimentos de culpa e arrependimento. Este aspeto permitiu à paciente ter consciência de que estes comportamentos são apenas satisfatórios durante uma curta fração de minutos, voltando rapidamente ao mal-estar prévio ao episódio alimentar, evidenciando a utilização de estratégias contraproducentes para a regulação emocional.

Após a paciente obter consciência e conseguir perceber o impacto dos seus pensamentos automáticos e das emoções no comportamento, foi proposto como trabalho de casa, a continuação do registo da tabela de automonitorização, com a introdução de uma nova coluna: “o que podia ter feito?”, ou seja, o comportamento alternativo adaptativo que devia ter tido ao invés de comer – comportamento desajustado –, promovendo a autocrítica e a capacidade de reflexão sobre comportamentos alternativos viáveis.

Na **sexta sessão**, tal como nas duas anteriores, depois de realizada a exploração de acontecimentos significativos, precedeu-se à análise e discussão da tabela de automonitorização de 6 colunas (Anexo 15), com a participação ativa da paciente. F. revelou

grande capacidade de autocrítica e reflexão em relação aos comportamentos alimentares desviantes, assim como, nos comportamentos alternativos que devia ter tido, como por exemplo: *“Devia de me ter controlado”, “Em vez de comer devia ter ido dar uma volta ou fazer uma caminhada”* ou *“Ir até à horta”* (sic).

Depois da reflexão e discussão das alternativas ao comportamento desadaptativo, a paciente deveria passar à fase seguinte, ou seja, substituir, na prática, os comportamentos desadaptativos por outros mais funcionais. Para tal, foi proposto como trabalho de casa a continuação do preenchimento da tabela de automonitorização com duas novas colunas (Anexo 16): uma para registar o comportamento alternativo adaptativo e outra para a emoção experienciada após esse comportamento.

O objetivo principal desta atividade foi a implementação de estratégias de *coping* adaptativas para a regulação emocional, neste caso substituir os comportamentos alimentares desviantes por outros que também sejam prazerosos, mas funcionais, numa tentativa de alterar o foco de atenção habitual da paciente. Desta forma, F. teria a oportunidade de experienciar a eficácia das mesmas a longo prazo no seu estado emocional, diminuindo a necessidade de se compensar a nível alimentar.

Foi proposto um outro trabalho de casa, que consistiu em pedir para refletir e registar um conjunto de atividades que fossem prazerosas e do interesse de F., de forma a facilitar o preenchimento e a implementação desses mesmos comportamentos, ao invés de não saber o que fazer em alternativa ao hábito de comer exageradamente.

Na **sétima sessão**, foi então, realizada a análise e discussão do trabalho de casa. F. conseguiu implementar alguns dos comportamentos alternativos, mas ainda se verificou a presença de episódios alimentares compulsivos em momentos considerados de maior ansiedade, embora fosse visível a diminuição da ocorrência dos mesmos.

Foi proposto à paciente a continuação do preenchimento desta tabela de automonitorização, de forma, a aumentar os ganhos terapêuticos.

Por fim, na **oitava sessão**, foi novamente analisado o trabalho de casa, verificando-se períodos de autocontrolo com implementação de estratégias de *coping* adequadas (como praticar o relaxamento), e outros períodos de cedência aos impulsos alimentares compulsivos.

Após isto foram, ainda, revistas e discutidas as aprendizagens desenvolvidas ao longo do programa de intervenção, promovendo e realçando a importância da continuidade da inclusão dessas práticas na vida diária. Nesta última sessão F. transmitiu um feedback positivo em relação ao processo de acompanhamento psicológico, salientando as principais alterações sentidas, nomeadamente, a nível do autocontrolo de impulsivos, autoconhecimento e a influência dos pensamentos automáticos no comportamento.

2.11.10 Reflexão Crítica do Estudo de Caso

Neste estudo de caso o foco principal foi procurar compreender a paciente de forma o mais holística possível.

Desta forma, a informação recolhida no primeiro contacto com a paciente juntamente com a informação clínica do pedido de encaminhamento proporcionou sugerir como principal possibilidade de diagnóstico a presença de uma Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, que se veio a comprovar com a avaliação psicológica e psicométrica.

Este caso exigiu uma pesquisa aprofundada na área das perturbações alimentares, nomeadamente na PIAC, facultando uma preparação prévia e bases teóricas eficazes para o planeamento de uma intervenção a este nível.

O plano de intervenção inicialmente proposto foi sofrendo alterações conforme as necessidades verificadas ao longo das sessões, tendo sido ajustado às mesmas com vista a facilitar os ganhos terapêuticos.

Ao longo do processo de acompanhamento foram surgindo algumas dificuldades, nomeadamente a nível da assiduidade, pois, por vezes, F. esquecia-se da data das consultas acabando por atrasar o processo. Porém, sempre se demonstrou muito disponível, participativa e cumpridora nos trabalhos de casa, trabalhando ativamente para a obtenção de melhorias.

É possível aferir que F. beneficiou da intervenção com ganhos terapêuticos notáveis, revelando uma capacidade aumentada para gerir e controlar os seus comportamentos disfuncionais, através da desconstrução dos principais pensamentos automáticos e aquisição de estratégias pessoais e de *coping* adaptativo, por exemplo, com a prática diária do relaxamento progressivo e respiração diafragmática, caminhar, substituir os pensamentos automáticos disfuncionais por outros mais funcionais. Com a aquisição destas

estratégias também aprendeu a lidar de forma mais adequada com a sintomatologia ansiosa e o *stress*, adquirindo um maior autocontrolo.

Embora, se tenha conseguido alcançar os principais objetivos desta intervenção e de se evidenciar melhorias significativas, não se conseguiu a extinção total dos episódios alimentares, apenas a diminuição da frequência dos mesmos, o que por si só já é considerado positivo. Tal facto pode ser explicado pelo tempo limitado de acompanhamento e pelas complexidades associadas às perturbações alimentares, em especial, à PIAC, que necessitam de um acompanhamento a longo prazo para promover uma recuperação eficaz.

Desta forma, os ganhos terapêuticos, embora significativos, são tidos como frágeis, patenteando a importância da continuidade do processo de acompanhamento pelo psicólogo residente, com vista à prevenção de recaídas e manutenção dos ganhos terapêuticos adquiridos.

O acompanhamento deste caso foi muito importante no sentido em que foi possível adquirir conhecimentos específicos sobre a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e problemáticas inerentes a esta, como o nível da autoestima e autoimagem, dificuldades em adotar estratégias de *coping* adaptativo, dificuldades de autocontrolo, pensamentos automáticos disfuncionais e sintomatologia ansiosa.

Este caso foi, ainda, essencial, para a experiência clínica, no sentido em que permitiu colocar em prática os conhecimentos anteriormente adquiridos, nomeadamente ao nível da Terapia Cognitivo-Comportamental e respetivas técnicas, e da consulta psicológica em geral.

Em suma, foi especialmente compensador receber o agradecimento pessoal de F., e observar melhorias concretas ao longo das sessões de intervenção psicológica, salientando, ainda, a relação terapêutica com paciente baseada na empatia e confiança, facto que aumentou a segurança da estagiária em relação às suas capacidades e competências de prática clínica.

2.12 Relatório de Avaliação Neuropsicológica

Dados de Identificação

Nome: C.

Sexo: Feminino

Idade: 78 anos

Escolaridade: 3º ano

Estado Civil: Casada

Situação Laboral Atual: Reformada (operária fabril)

Motivo da consulta/ Encaminhamento

Encaminhada pelo Serviço de Neurologia para avaliação neuropsicológica por queixas de alterações mnésicas.

História Psicossocial

C. foi criada pela avó materna e pela tia. Estudou até à 3ª classe, e começou a trabalhar por volta dos 14 anos de idade, como empregada doméstica. Casou aos 21 anos e teve 4 filhos. Começou a trabalhar como operária fabril têxtil, área em que sempre exerceu funções. Atualmente é reformada.

História do Problema Atual

C. foi encaminhada pelo Serviço de Neurologia para neuropsicologia por queixas mnésicas. Veio acompanhada à primeira consulta pela filha mais velha A., e pelo marido J.

C. relatou um episódio que ocorreu a 20 de março de 2019 em que estava deitada na cama e ao levantar-se desmaiou, batendo com a cabeça num móvel, atingindo a região parietotemporal. Na sequência da queda terá perdido a consciência. Não foi imediatamente ao hospital, deslocando-se ao mesmo um mês depois (por desvalorização da família), tendo ficado internada.

Segundo a informação clínica ficou com paralisia facial periférica direita. Foi realizado um TAC cerebral, que não revelou alterações morfológicas significativas do parênquima cerebral, sugestivas de enfartes, hemorragias ou lesões.

Relativamente às queixas de memória, a filha refere que as primeiras queixas surgiram a partir do episódio de queda, tendo vindo a piorar desde então. Uma das

principais queixas do marido é o questionamento frequente sobre questões já respondidas anteriormente.

Para além disso, a paciente deixou progressivamente de conseguir executar eficazmente as atividades de vida instrumentais e algumas básicas, como por exemplo, cozinhar, gerir as lidas domésticas (tem empregada doméstica) e gerir a medicação, sendo gerida semanalmente pelo farmacêutico. Por vezes tem que ser chamada à atenção para efetuar a higiene pessoal, e quando necessita de ir à cabeleireira a mesma se desloca ao domicílio, refletindo a disfuncionalidade das atividades instrumentais e básicas de vida diária.

É de salientar que C. não apresenta rotinas produtivas no dia-a-dia, no sentido de permitir algum tipo de estimulação cognitiva, passando maioritariamente do tempo em casa, deitada, levantando-se apenas para fazer refeições (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar). Consequentemente, não tem uma vida social ativa, nem grandes contactos sociais.

Estado Mental e Observação Comportamental

C. apresentou um adequado cuidado geral. Uma atitude e comportamento colaborantes, com um discurso com conteúdo lacónico, apresentando dificuldades em encontrar palavras para expressar ideias, nomes de objetos e de pessoas. Desorientação temporal, revelando dificuldades em se situar no ano, mês, dia da semana e estação do ano, mas orientada espacial. Humor predominantemente eutímico. Comprometimento da memória, principalmente a nível da memória de trabalho com dificuldades em recordar memórias e informações recentes.

Instrumentos de Avaliação Utilizados

Os instrumentos selecionados para a avaliação tiveram como objetivo a deteção de alterações neurocognitivas por suspeita de Défice Cognitivo Ligeiro ou Demência. Para tal foram aplicados o ACE-III; o MoCA; o Ineco e o DRS-2.

Resultados

ACE III: 34/100

MoCA: 9/30

IFS: 9/30

DRS-2: Pontuação total = 104 – Défice Moderado/ Significativo

No ACE III total a paciente obteve uma pontuação de 34/100, encontrando-se muito baixo da média em comparação com os dados normativos (DP= -7,2), como é possível observar na Tabela 7. O mesmo foi obtido nos restantes domínios avaliados, com resultados negativos, indicando a presença de comprometimento global das funções cognitivas, salientando-se o domínio da memória, linguagem e fluência. Ao nível das habilidades visuoespaciais ficaram patenteadas com grandes dificuldades na construção correta de desenhos com desordenação topográfica.

Tabela 8

Resultados obtidos por C. no ACE-III

Domínio	Média	Desvio Padrão	Resultado Esperado	Resultado Obtido	Notas z
ACE III total	86,03	7,23	86,24	34/100	- 7,2
Atenção	16,62	1,58	17,08	12/18	- 3,2
Memória	23,12	2,59	22,13	3/26	- 7,4
Fluência	9,09	1,48	12,31	2/14	- 6,9
Linguagem	24,85	1,86	24,78	9/26	- 8,4
Visuoespacial	12,35	2,56	11,48	8/16	- 1,4

No MoCA a pontuação obtida está representada na Tabela 8 e foi, de igual modo, muito baixa de 9/30 (\approx -3,5 DP abaixo da média), sendo estatisticamente significativa para a presença de défices cognitivos acentuados nos diferentes domínios, destacam-se como principais áreas deficitárias a as capacidades visuoespaciais e executivas, ao nível da construção do cubo e do relógio; memória; linguagem, capacidade de abstração e evocação diferida, com pontuação 0. Défices sugestivos de processo demencial (ponte de corte <17).

Tabela 9

Resultados obtidos por C. no MoCA

Resultado	Média*	DP*	Ponto de Corte		
9/30	21,27	3,37	Sem alterações cognitivas ≥ 26	DCL < 22	DA/DFT/DV < 17

No Ineco os resultados revelam-se estatisticamente significativos, com a obtenção de 9 pontos num total de 30, encontrando-se muito abaixo do ponte de corte (=19), como se pode analisar na Tabela 9, indicador de presença de disfuncionalidade a nível das funções executivas, com dificuldades de abstração e tendência para a perseveração, reduzido controlo inibitório e dificuldades a nível da memória de trabalho. Resultados sugestivos de patologia demencial.

Tabela 10

Resultados obtidos por C. no Ineco

Resultado Obtido	Ponto de Corte	
	Sem défices das Funções Executivas	Demência (DA/ DFT)
9/30	19	8

Quanto ao DRS-2, os resultados obtidos estão descritos na Tabela 10, encontrando-se maioritariamente abaixo da média em todos os domínios, nomeadamente, nos domínios de Iniciação/ Perseveração; Conceptualização e Memória, salientando-se dificuldades de controlo inibitório e tendência para a perseveração, dificuldade ao nível do raciocínio indutivo e prejuízo da memória recente. O resultado total obtido reflete o comprometimento cognitivo da paciente, apresentando um Défice entre o Moderado e o Significativo, com défices predominantes a nível da memória, sobretudo da memória a curto prazo, claramente sugestivos de processo demencial, provável Demência de Alzheimer.

Tabela 11

Resultados obtidos por C. no DRS-2

Domínios	Pontuação Bruto	Pontuação Ajustada	Percentil	Pontuação Escalar	Interpretação Clínica
AT	37	1,88	>99	18	Acima da média (intacto)
I/P	22	-2,64	1-2	3/4	Défice Moderado/ Significativo
CONST	6	1,36	95-97	15	Acima da média (intacto)
CONCEPT	28	-0,79	19-28	8	Défice Ligeiro
MEM	11	-4,47	<1	2	Défice significativo
TOTAL	104	-2,54	1-2	3/4	Défice Moderado/ Significativo

Parecer Clínico

Tendo por base a análise da informação recolhida sobre o problema atual e os resultados obtidos nos diferentes instrumentos, é possível constatar a presença de défices cognitivos, com especial destaque ao nível da memória, sendo a performance da paciente durante o processo de avaliação, congruente com os resultados obtidos.

Desta forma, salienta-se o comprometimento acentuado ao nível da memória de trabalho, com frequentes esquecimentos de informação nova e recente e dificuldades no armazenamento e evocação de novas informações. Foram evidenciadas também dificuldades em desempenhar tarefas mais complexas e algumas simples e défices na compressão de instruções.

Para além disso, a paciente demonstrou apresentar défices no que concerne às capacidades visuoespaciais e executivas, evidenciadas nas provas ACE-III e MoCA, através da construção incorreta e impercetível de desenhos e desordenação topográfica (ex.: desenho do relógio e do cubo). Evidenciou igualmente um comprometimento ao nível da comunicação, salientando-se as dificuldades em encontrar palavras corretas para se expressar, nomes de objetos e de pessoas, necessitando de pistas para o efeito.

Ficou ainda evidenciado as repercussões diretas destes défices neurocognitivos ao nível da vida diária de C., interferindo diretamente nas atividades básicas e instrumentais da vida diária (e.g. cozinhar, efetuar a higiene pessoal, gerir as lidas domésticas e a medicação), reduzindo significativamente o seu nível de autonomia. Atualmente, depende de terceiros para a prossecução destas tarefas.

Posto isto, a junção de todos estes aspetos com a informação clínica recolhida e os défices sinalizados na avaliação, constituem-se sugestivos de uma **Perturbação Neurocognitiva Major devido a Doença de Alzheimer provável (294. 1x (F02.8X))**, em fase inicial, preenchendo, assim, os critérios do DSM-V (2013), em anexo (Anexo 17).

Conclusão

Tendo em consideração o diagnóstico provável de Demência de Alzheimer, e a natureza neurodegenerativa da doença, é importante que C. seja encaminhada para participar num programa de estimulação neurocognitiva, com o objetivo de estimular as áreas cognitivas preservadas e evitar o declínio cognitivo acentuado. Para além disso, deve ser realizada nova avaliação neuropsicológica no período de 1 ano, de forma a monitorizar a evolução da doença.

Finalmente, seria importante proporcionar aos familiares apoio psicoeducativo e emocional, com vista a adquirirem recursos pessoais e emocionais para lidarem o mais funcionalmente possível com as complexidades associadas à patologia demencial e ao ato de cuidar de uma pessoa com demência.

Reflexão Pessoal

Estas últimas linhas destinam-se a descrever a minha experiência enquanto estagiária e todo o percurso de grandes e constantes aprendizagens e desafios.

Antes de mais, é importante salientar a forma como fui acolhida por toda a equipa do DPSM e dos Cuidados Paliativos e por toda a disponibilidade constante demonstrada. Sem dúvida que contribuiu positivamente para a integração e adaptação à instituição e aos diferentes serviços.

Esta fase do Mestrado foi, especialmente, a mais importante de todas da formação académica, em que permitiu a conjugação dos conhecimentos teóricos com a prática, através do contacto direto com a realidade clínica em contexto hospitalar e com as diferentes complexidades da saúde mental.

Não posso dizer que este percurso foi fácil, pois tal não seria verdade, foram muitas as limitações do contexto real de trabalho com que me fui deparando ao longo dos meses de estágio. O principal a ser realçado é o ritmo estonteante deste serviço, que tanto o caracteriza, devido ao elevado número de utentes inseridos na consulta de psicologia e à necessidade iminente de dar resposta aos pedidos de avaliação e orientação psicológica.

A par disto, é de salientar a dificuldade na gestão adequada de tempo e organização, pelas inúmeras atividades atribuídas e pelos casos de acompanhamento que exigiam tempo e dedicação, em que dei por mim a pensar muitas vezes *“será que vou conseguir?”*, surgindo sentimentos de insegurança e alguma frustração. No entanto, com persistência e trabalho árduo estas dificuldades foram-se ultrapassando e tornando-se mais ténues.

De igual relevância, é de referir outros desafios da prática clínica, que exigiram alguma flexibilidade e capacidade de improviso, por exemplo, tratando-se de um contexto hospitalar, as questões relacionadas com o *setting, timing* e os instrumentos de avaliação, nem sempre são cumpridas na íntegra, cabendo ao estagiário a capacidade para conseguir colmatar esses obstáculos da maneira o mais eficaz possível.

Para além disto, outra das adversidades enfrentadas diz respeito à elaboração de relatórios e notas clínicas, que exigia a utilização de uma linguagem o mais técnica e

objetiva possível, o que foi um grande desafio e levou algum tempo até se executar de forma adequada.

No entanto, todos estes desafios transformaram-se em aprendizagens, e permiti-me concluir que os anos de teoria não são suficientes, e que é a prática que nos vai fortalecendo enquanto profissionais, tendo em conta que há aspetos que não se aprendem nos manuais, aprendendo-se na relação com o outro, numa relação baseada na confiança, empatia e apoio incondicional, escutando, percebendo e olhando para o outro como um ser único e diferente de qualquer outro. Deste modo, percebemos que a prática é mais complexa do que, muitas vezes, é demonstrada na teoria.

Foi, também, muito compensador ter tido oportunidade de realizar tantas atividades clínicas e tão diferenciadas, o que proporcionou o contacto com diferentes problemáticas e áreas da psicologia aumentando a experiência enquanto estagiária. Esta experiência proporcionou um gosto especial pela neuropsicologia por toda a complexidade do funcionamento do cérebro humano.

Outra vertente, fonte de grande interesse e de inúmeras aprendizagens e enriquecimento a todos os níveis, foi o trabalho com pacientes em final de vida e respetivos familiares no serviço de Cuidados Paliativos. Foi, de facto, umas das experiências mais vantajosas intervir, juntamente com a EIHS CP, na qualidade de vida destes doentes e familiares, através do alívio do sofrimento emocional, psicossocial, físico e espiritual, e não só.

Concluindo, posso afirmar que esta experiência tão exigente e rigorosa, foi extremamente gratificante e enriquecedora, que através de todos os desafios e dificuldades me proporcionou um grandioso crescimento a nível profissional, enquanto futura psicóloga, e também a nível pessoal e humano, ensinando-me a olhar para o doente no seu todo, enquanto *ser humano*, com as suas idiossincrasias, que necessita de ser escutado, compreendido e ajudado. Acima de tudo que os doentes são bem mais do que os seus problemas, défices e/ ou perturbações – são seres humanos.

Sem dúvida que todas as experiências vividas ao longo destes meses fortaleceram a certeza de que fiz a escolha mais acertada numa área tão especial que é a (Neuro)Psicologia.

Referências Bibliográficas

- Antunes, R. A. R. (2008). Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar na Infância. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- APA (2004). *Health Psychology: What a Health Psychologist Does and How to Become One*.
- APA (2013). DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D.C. (2004) Transtorno de Compulsão Alimentar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 170-172.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.
- Campos, B.P. (1988). Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 5-12.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*, 3, 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Castro, S.I.G. (2011). Efeito das Perdas Múltiplas no Luto Complicado, Trauma e Regulação Emocional. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte, Gandra.
- Diniz-Malloy, L.F., Fluentes, D., Mattos, P. & Abreu, N. (2018). *Avaliação Neuropsicológica*. (2ªed). Porto Alegre: Artmed.
- Filho, T. E. T., Magalhães, P. M. S. & Tavares, B. M. (2009). A Terapia Cognitivo-comportamental e Seus Efeitos No Tratamento Dos Transtornos do Comportamento Alimentar. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(2), 160-168.
- Freitas, S., Lopes, C.S., Coutinho, W. & Appolinario, J.C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220.

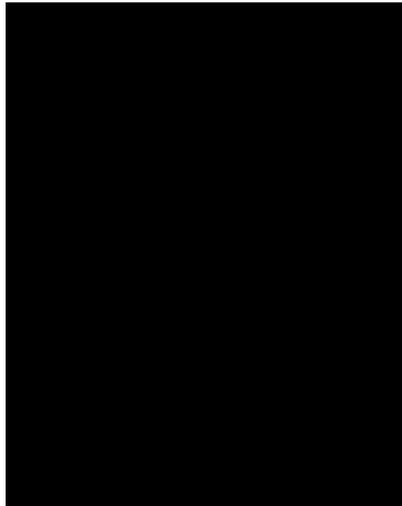
- Gluck, M., Geliebter, A. & Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, 9(4), 264-267.
- Gonçalves, O. F. (1993). *Terapias Cognitivas Teorias e Práticas*. (ed. 495). Porto: Edições Afrontamento.
- Hutz, C. (2015). *O que é a avaliação psicológica - Métodos, técnicas e testes*. Em C. Hutz, D. Bandeira, & C. Trentini, *Psicometria* (pp. 11-21). Porto Alegre: Artmed.
- Julião, M. (2016). Terapia da Dignidade. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 797-813). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Lima, M.P. *et al.* (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 28(2), 1-10.
- Luz, L. P., Goulart, P. M. & Benincá, S. (2007). O Grupo de apoio como estratégia metodológica para trabalhar o luto. *Revista de Iniciação Científica*. 5(1).
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice*. 3-24. London: Sage Publications.
- Moreira, P & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto Editora
- Nogueira, C. A., Crisostomo, K. N., Souza, R. S. & Prado, J. M. (2017). A Importância da Psicoeducação na Terapia Cognitivo-Comportamental: Uma Revisão Sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano*. 2(1),108 – 120.
- Nunes, M. A., & Abuchaim, A.L. (2008). *Abordagens Psicoterápicas nos Transtornos Alimentares*. In: Cordioli, A., *Psicoterapias: abordagens atuais*. (3), 359-365. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários 11.
- Oliveira, G. A. & Fonsêca, P. N. (2006). A Compulsão Alimentar na Perceção dos Profissionais de Saúde. *Psicologia Hospitalar*, 4 (2), 1-18.

- Oliveira, L. L. & Deiro, C. P. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 14(1), 36-49.
- OMS (2002). World Health Organization. *Definition of Palliative Care*. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, nº 5, 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. (2013). Medida na Avaliação Psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 14(1), 245-263.
- Puigarnau, A.P. Intervención Grupal en Duelo. *Duelo en Oncología*. 169-182
- Ramos, S., Almeida, N., & Fonseca, J. (2017). Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães. Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães.
- Ramos, V. A. B. (2016). O processo de luto. *Psicologia.pt o portal dos psicólogos*. 1-16.
- Tapadinhas, A.R., & Pais Ribeiro, J. (2008). Ingestão Compulsiva e Gestão das Emoções na Obesidade. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.85-88). Lisboa: ISPA.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, pp. 441-448.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2002). Psicologia em serviços de saúde. Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, 20 (1), 171-174.
- Worden, J.W. (2013). *Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto. Um Manual para Profissionais de Saúde Mental*. (4ed.). São Paulo: Roca.

Anexo 1 – Apresentação da Atividade de Grupo – Panfleto entregue na sessão 0

*A morte deixa uma dor que
ninguém pode curar, mas o amor
deixa memórias que ninguém
pode apagar*

 Casa Gilvane



Departamento de Psiquiatria e Saúde
Mental

**Grupo de Intervenção
Psicoeducativo e de Apoio
Emocional
Para Utentes em Luto**



**O Luto não precisa de ser
uma Luta**

*O valor das coisas não está no tempo que
elas duram, mas na intensidade com que
acontecem. Por isso existem momentos
inesquecíveis, coisas inexplicáveis e
pessoas incomparáveis.*

Fernando Pessoa



Luto

O luto consiste num processo que ocorre após a perda de um ente querido, sendo um processo individual, que varia de pessoa para pessoa, de momento para momento e que envolve muitas dimensões do ser humano podendo levar a respostas emocionais negativas, na sua maioria.

(Wagner, 2006, citado por Silva, 2010; Castro, 2011; Ramos, 2006)

Objetivos Gerais

- Compressão do que é o processo de luto.
- Espaço de partilha de experiências e emoções.
- Espaço de aprendizagem
- Fortalecimento emocional.
- Adquirir comportamentos e atitudes para promover o bem-estar físico e psicológico.
- Facilitar uma resposta de luto normativa.



Regras de Funcionamento

- Duração e Frequências das Sessões

As sessões terão uma duração de cerca 1h30, e serão de frequência e horário fixo.

- Assiduidade e Pontualidade

Deve ser assíduo(a) e pontual, devendo de chegar 15 minutos antes da hora marcada. Deverá avisar caso se atrase ou tencione faltar, justificando a ausência. Faltas injustificadas podem implicar alta por abandono.

- Comportamento Esperado no Grupo

Espera-se que seja colaborante e participativo(a), com base no respeito pelo outro.

É importante saber ouvir para ser ouvido.

Anexo 2 – Descrição das sessões do Grupo

1ª Sessão: “O que é afinal o luto e o que está associado a ele?”

Objetivos da Sessão

- Apresentação em pequeno grupo.
- Refletir em grupo o que é o Luto e que processos estão inerentes ao mesmo.
- Exploração das expectativas dos participantes em relação ao grupo (o que esperam do grupo).
- Preenchimento de instrumentos de avaliação pré-teste.

Racional Teórico

O luto, que consiste no processo inerente à perda de um ente querido, é uma experiência normal na vida de um indivíduo podendo desencadear reações emocionais na maioria. Este processo é um acontecimento de vida muito stressante que poderá afetar o bemestar físico, social e psicológico dos sujeitos (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Para Bowlby (1980) o luto é o sentimento universal de perda tendo como consequências os sentimentos de tristeza, o choque, a dor emocional e a depressão. Uma reacção normal à perda é caracterizada por manifestações afetivas (humor depressivo, ansiedade, raiva, sentimentos de culpa, anedonia e solidão), manifestações comportamentais (fadiga, choro e isolamento), manifestações cognitivas (baixa autoestima, desânimo, lentidão do pensamento, preocupação com o falecido e perda de memória) e manifestações fisiológicas (perda de apetite, problemas do sono, queixas somáticas, entre outras) (Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut, Van den Bout, 2000).

Atividades

- Discussão em grupo do que é o “luto” e respetivos processos, descrevendo-o numa frase ou palavra, e em seguida cada participante regista a sua opinião numa cartolina.

Materiais

- Apresentação em PowerPoint de forma a facilitar o acompanhamento da sessão.
- Computador.
- Cartolina e marcador para registar as respostas dos participantes, permitindo uma melhor interação em grupo.
- Questionário sociodemográfico e do Luto: o objetivo é conhecer melhor o paciente, assim como permitir um momento de reflexão em relação à sua perda.

- Inventário de Luto complicado (Prigerson et al., 1995; Frade e Rocha, 2010): que permite a avaliação de sintomas de luto, auxiliando na discriminação entre Luto Complicado (ICGtotal >25) e não complicado.
- Termómetros Emocionais
- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).

Técnicas

Escuta ativa e empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo; Discussão em grupo.

2ª Sessão: “Aceitar a Realidade da Perda e Processar a Dor do Luto...”

Objetivos da Sessão

- Exploração de acontecimentos significativos.
- Exploração das Tarefa 1 e 2 de Worden (2013): Aceitar a Realidade da Perda e Processar a dor do Luto
 1. Identificação emocional.
 2. Exploração da gestão emocional e respetivas respostas.

Racional Teórico

Segundo Worden (2013), a adaptação à perda e a resolução do luto passa por quatro tarefas básicas, sendo elas (1) aceitar a realidade da perda; (2) processar a dor do luto; (3) Adaptar-se a um mundo sem a pessoa perdida e (4) Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações.

Worden defende que a primeira tarefa do luto é aceitar a realidade de que a pessoa morreu e que não voltará mais. Porém, o oposto da aceitação é a negação, e o que leva muitas pessoas a permanecerem na tarefa 1 é exatamente o facto de se recusarem a acreditar que a morte é real.

Considera ainda que existem várias formas de negar a realidade, sendo elas a distorção do pensamento, através, por exemplo, da visualização da pessoa falecida em pessoas próximas; a negação do significado da perda, isto é, através da desvalorização da perda, encarando como pouco significativa, por exemplo “ele não era um bom pai”; ou através da remoção total de todas as lembranças (roupas, objetos pessoais, fotografias)

que façam a pessoa estar em confronto direto com a realidade; outra forma de negar a realidade da perda é o esquecimento seletivo, através do bloqueio de qualquer memória ou pensamento relacionado com a pessoa falecida; por último, outra estratégia que poderá ser utilizada para negar o carácter definitivo da perda é através da religião ou espiritualidade, tendo por base a esperança (crónica) de um possível encontro com a pessoa falecida.

Para além disto, a aceitação da perda implica uma aceitação intelectual assim como uma emocional. Por vezes, a pessoa em luto está consciente intelectualmente da perda, mas emocionalmente ainda não.

Os rituais tradicionais, como o funeral são muito importantes para a concretização desta tarefa uma vez que ajuda a pessoa a direccionar-se para a aceitação da perda.

Relativamente à tarefa seguinte, tarefa 2, os principais sentimentos e emoções presentes em indivíduos em luto, segundo o autor são a raiva, a culpa, tristeza, ansiedade e solidão.

Nem sempre as pessoas direccionam a raiva para o ente falecido, que é muitas vezes o alvo, direccionando-a para outras pessoas. Caso isso não aconteça pode também ser autorrefletida e, portanto, ser sentida como depressão, culpa ou baixa autoestima, levando, no extremo, a comportamentos suicidas.

Estas questões devem ser abordadas com especial atenção, pois se questionarmos à pessoa se sente raiva, irá logo contestar. Desta forma, Worden (2013), refere que a melhor técnica é primeiramente questionar “o que sente falta nele(a)?” e de seguida questionar “e o que não sente falta nele(a)?”, outras palavras chave que podem ser benéficas são “desapontamento” e “injusto”.

No que diz respeito à culpa, a maior parte é irracional e está concentrada em torno das circunstâncias da morte, muitas vezes associada ao sentimento de “podia ter feito mais” ou “não fiz o suficiente”. Para esta questão o autor aconselha que seja feita a questão “o que fez para o(a) ajudar?” após a resposta voltar a perguntar “o que fez mais?” e assim sucessivamente, até a pessoa ter consciência que de facto fez tudo o que podia.

Relativamente à tristeza, muitas vezes as pessoas que estão a passar por um processo de luto tendem a reprimir o choro em situações sociais de forma a evitar críticas vindas dos outros. No entanto, segundo Worden (2013), existem momentos em que a

tristeza e o choro precisam de ser encorajados, e embora chorar sozinho seja útil, é muito mais eficaz com alguém e receber apoio.

Worden refere ainda que o principal objetivo desta tarefa é vivenciar os sentimentos e emoções e não apenas expressá-los.

Assim, o foco desta sessão é a recapitulação do racional teórico da tarefa 1 assim como, trabalhar e explorar a tarefa 2 e, portanto, ajudar os participantes a identificarem e vivenciarem sentimentos e emoções desencadeadas pelo luto.

Atividades

- Caixa com diferentes questões/ frases para completar relacionadas com os principais sentimentos/emoções, permitindo reflexão e discussão em grupo.
 - “O que sinto falta no meu familiar?”
 - “O que não sinto falta no meu familiar?”
 - “Poderia ter feito mais pelo meu familiar?”
 - “Sinto que fiz tudo o que podia por ele(a)?”
 - “Por vezes evito chorar para...”
 - “Quando me sinto triste costumo...”
 - (...)

Em simultâneo com esta atividade, cada participante terá um conjunto de figuras representativas das emoções e respetivas expressões faciais e terão que escolher a mais indicada para representar o que estão a sentir no momento.

Materiais

- Apresentação em PowerPoint de forma a facilitar o acompanhamento da sessão.
- Computador.
- Caixa com questões/ frases.
- Figuras representativas das emoções com respetivas expressões faciais, em papel.

Técnicas

Escuta ativa e empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo; Discussão em grupo.

3ª Sessão: “... Processar a Dor do Luto”

Objetivos da Sessão

- Exploração de acontecimentos significativos.
- Continuação da sessão anterior (Tarefa 2 de Worden):
 1. Identificação emocional.
 2. Exploração da gestão emocional e respetivas respostas.

Atividades

- **“Eu imito e... tu adivinhas!”**

Nesta atividade os participantes estarão organizados aos pares (escolhidos pela terapeuta), sentados frente a frente. Será distribuído por um dos membros do par um conjunto de figuras com diferentes expressões emocionais, em que este terá que imitar uma das emoções presentes nessas figuras e o outro elemento adivinhar a emoção representada. Depois os papéis serão invertidos.

Objetivo: Identificação emocional

- **Role-play: “Vestir a pele da outra pessoa”**

Os participantes estarão organizados em pares, frente a frente, um deles irá fazer-se passar pela pessoa que tem à sua frente, o que implica conhecer bem a história de perda do outro, enquanto que a outra pessoa irá assumir o papel de um amigo que dará conselhos sobre o que faria se estivesse na respetiva situação.

Objetivo: Gestão emocional e respetivas respostas.

Materiais

- Apresentação em PowerPoint de forma a facilitar o acompanhamento da sessão.
- Computador.
- Figuras representativas das emoções com respetivas expressões faciais, em papel.

Técnicas

Escuta ativa e empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo; Discussão em grupo.

4ª Sessão: “Adaptar-se a um Mundo Sem a Pessoa Perdida”

Objetivos da Sessão

- Exploração de acontecimentos significativos.
- Exploração da tarefa 3 de Worden (2013) – Adaptar-se a um mundo sem a pessoa perdida:
 1. Resolução de problemas pendentes entre a pessoa e o ente falecido.
 2. Reflexão sobre a necessidade e dificuldade na aquisição de papéis que eram desempenhados pela pessoa falecida, principalmente na tomada de decisões, e outros.

Racional Teórico

No que diz respeito à terceira tarefa de Worden (2013), segundo o autor são três as áreas de adaptação que a pessoa enlutada tem que enfrentar após a morte de um ente querido, sendo elas os ajustes externos, os ajustes internos e os ajustes espirituais.

O primeiro diz respeito à forma como a morte irá influenciar o funcionamento global da pessoa no seu dia a dia e no contexto em que está inserida. E, portanto, requer uma adaptação a um novo ambiente sem a pessoa falecida, o que está dependente de como era o relacionamento entre ambos e dos papéis desempenhados por essa pessoa.

Com frequência a pessoa não está consciente de todos os papéis que eram desempenhados pela o ente querido, e só se apercebem disso passado algum tempo da perda. Quando deparados com essa realidade vêm-se obrigados ter que adquirir funções e habilidades para desempenhar os papéis que eram da pessoa falecida.

Um papel de grande importância na família é o de quem toma as decisões, e quando a pessoa morre, o sobrevivente fica desamparado quando começa a ter que tomar decisões importantes.

Por outro lado, os ajustes internos dizem respeito a como a morte afeta o significado de si mesmo. Aqui, para além, da pessoa ter que se adaptar aos papéis desempenhados pelo falecido, têm que se adaptar ao seu “novo self” originado pela morte de alguém importante.

A morte pode afetar significativamente a autoestima e o significado de autoeficácia, assim como levar à perda do próprio “eu”. Desta forma, o objetivo do

processo de luto, neste caso, é a pessoa sentir-se como um “indivíduo”, ao invés de se sentir como metade de uma “díade”, por exemplo, em vez de perguntar o seguinte: “se a minha mãe estivesse aqui o que faria?”, perguntar: “o que eu faço?” (Worden, 2013).

A perda de alguém, como já foi referido, pode afetar a autoeficácia da pessoa, isto é, o nível que a pessoa considera que tem controlo sobre o que lhe acontece, e quando não consegue, por exemplo, executar eficazmente os papéis da pessoa falecida, pode levar cada vez mais a uma redução da autoestima.

Atting (1996) citado por Worden (2013), realça a necessidade de a pessoa redescobrir o mundo após a morte, e a tarefa interna para tal é responder a questões como: “Quem sou eu agora?”, e ao longo do tempo as imagens negativas transformam-se em positivas e adquirem novas formas de lidar com o mundo.

Por último, quanto aos ajustes espirituais, quando ocorre uma morte esse facto pode desafiar os valores e crenças da pessoa, que são influenciados pela família, pares, educação, religião e experiências de vida. Sendo frequente a pessoa perder o seu direcionamento na vida. Janoff-Bulman (1992) citado por Worden (2013) refere três pressupostos que são, normalmente, desafiados pela morte, sendo eles: o mundo é um lugar bom; o mundo faz sentido; e a pessoa como merecedora.

A pessoa tenta procurar significado na perda e nas respetivas mudanças de forma a recuperar o controlo da sua vida. Porém, a inadaptação à perda é o principal fator que está na origem da impossibilidade de concluir a tarefa 3.

Segundo Worden (2013), encontrar sentido na perda de um ente querido envolve lutar não apenas com a questão “Porquê que isto aconteceu?”, mas também com a questão “Porque que isto aconteceu comigo?”, “Como estou diferente devido à minha perda?”. O autor enfatiza que a melhor intervenção é ajudar a pessoa a restabelecer uma consciência das áreas em que a pessoa tem maior controlo e nas quais é bem-sucedida, de forma a aumentar a autoestima e a autoeficácia.

Atividades

- Cada participante recebe uma folha em branco com as seguintes frases para completar:

O meu familiar tinha como funções _____ e desde que morreu sou eu que faço isso.

Ex.: O meu familiar tinha como funções ir comprar o pão e ir às finanças tratar de assuntos importantes e desde que morreu sou eu que faço isso.

As maiores mudanças na minha vida foram _____.

O mais difícil para mim foi _____.

O que vejo de positivo nestas mudanças _____.

O objetivo é possibilitar uma consciencialização para as grandes mudanças decorrentes do desempenho dos novos papéis.

Materiais

- Apresentação em PowerPoint de forma a facilitar o acompanhamento da sessão.
- Computador.
- Folha de papel com frases para completar.

Técnicas

Escuta ativa e empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Psicoeducação; Atividade em grupo; Discussão em grupo.

5ª Sessão: “Reposicionar Emocionalmente a Pessoa Falecida e Investir noutras Relações”

Objetivos da Sessão

- Exploração de acontecimentos significativos.
- Exploração da tarefa 4 de Worden (2013) – Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações.
- Resolução de problemas internos com a pessoa falecida.

Racional Teórico

A quarta e última tarefa de Worden consiste em reposicionar emocionalmente a pessoa que faleceu e conseguir investir em outras relações, ou seja, encontrar novas formas de manter laços continuados com o ente querido falecido, ao mesmo tempo que a pessoa em luto consiga seguir com a sua vida e envolver-se em novas relações, sendo que o objetivo não é esquecer a pessoa falecida.

Atting (1996) citado por Worden (2013) refere que é possível continuar a “ter” quem se “perdeu”, pois, o amor pela pessoa falecida mantém-se, é contínuo, mas apenas

modificado. Isto é, apesar da pessoa ter morrido, as memórias, os valores, as inspirações e todos os anos de relacionamento e experiências partilhadas não são esquecidos nem desaparecem, ficam incorporados na pessoa.

Esta tarefa é das mais difícil de ser concluída, e uma das razões para tal é a pessoa ficar “presa” ao vínculo com a pessoa falecida, impedindo-a de construir novas relações com outras pessoas. Para além disso, é frequente vivenciarem um sofrimento de tal forma doloroso que acabam por prometer a si mesmos não voltarem a nutrir sentimentos positivos por ninguém. O autor considera que a expressão mais adequada para caracterizar a dificuldade em ultrapassar esta tarefa é não viver.

O objetivo desta 4 tarefa é a pessoa perceber que não é por investir em novos relacionamentos que irá esquecer ou amar menos o ente falecido.

Atividades

- Partilha de pertences pessoais/ lembranças do ente querido ente os membros do grupo.

Materiais

- Apresentação em PowerPoint de forma a facilitar o acompanhamento da sessão.

Técnicas

Escuta ativa e empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Psicoeducação;
Atividade em grupo; Discussão em grupo.

6ª Sessão: “A Carta de Despedida”

Objetivos da Sessão

- Exploração de acontecimentos significativos.
- Escrita da Carta de Despedida, tendo como objetivo a resolução de problemas internos relacionados com a pessoa falecida, assim como, permitir a expressão de sentimentos e contribuir para dar significado pessoal à experiência da perda.

Racional Teórico

A técnica da escrita da *Carta de Despedida* é aconselhada por Worden (2013) como sendo um mecanismo eficaz para a expressão de pensamentos e emoções relacionadas com o ente querido, assim como, auxiliá-lo a lidar com questões internas

inacabadas, através da expressão através da escrita de algo que sinta que precisava de dizer ao familiar, e que eventualmente, não teve oportunidade para dizer.

Segundo Worden (2013), traduzir a experiência em palavras e construir uma narrativa coerente da perda permite, portanto, que os pensamentos e sentimentos sejam integrados, levando à resolução de problemas pendentes e diminuição dos sentimentos negativos associados à experiência.

Atividades

- **Carta de Despedida**

Transcrever para o papel todos os sentimentos, pensamentos e palavras ou mensagens importantes que queiram dirigir ao ente querido, e/ou referir algo que gostavam de ter dito e não disseram, de forma a resolver conflitos internos que não permitem deixar seguir em frente.

- **Técnica da “cadeira vazia” (opcional)**

Nesta atividade adaptada da cadeira vazia, os participantes estarão aos pares frente a frente, em que um deles será a pessoa que o outro participante perdeu, e depois trocam de posições. Nesta atividade os participantes poderão “falar” com a pessoa que perderam, sobre os seus pensamentos e sentimentos relacionadas com a morte, sobre o seu relacionamento, dizer algo que ficou por dizer, e falar sobre tudo o que acharem que sentem que necessitam.

O objetivo desta tarefa é, portanto, a resolução de problemas pendentes entre o participante e a pessoa falecida, que não lhes permitam concluir a tarefa 4.

Materiais

- Apresentação em PowerPoint de forma a facilitar o acompanhamento da sessão.
- Folhas e canetas para a construção da carta de despedida.

Técnicas

Escuta ativa e empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Psicoeducação;
Atividade em grupo; Discussão em grupo.

7ª Sessão: “Partilha das Cartas de Despedida e Avaliação Pós-teste”

Objetivos da Sessão

- Exploração de acontecimentos significativos.
- Preenchimento de questionários de avaliação pós-teste
- Leitura e partilha da carta entre os participantes do grupo, escrita na sessão anterior.

Atividades

- Preenchimento de questionários de avaliação pós-teste.
- Leitura Carta de Despedida: Partilha da carta escrita entre os membros do grupo.

Materiais

- Questionários de avaliação pós-teste.
- Cartas escritas na sessão anterior;

Técnicas

Escuta ativa e empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo; Discussão em grupo.

8ª Sessão: “Encerramento do Grupo Terapêutico”

Objetivos da Sessão

- Exploração de acontecimentos significativos.
- Implementação de estratégias de Hábitos e Estilo de Vida Saudável.
- Lanche para marcar o encerramento do Grupo Terapêutico
- Entregas dos Certificados de Assiduidade
- Encerramento do Grupo “*O Luto não precisa de ser uma Luta*”.

Materiais

- Apresentação em PowerPoint de forma a facilitar o acompanhamento da sessão
- Panfleto sobre Qualidade de Vida, Bem-estar e Saúde Mental
- Certificado de Assiduidade

Anexo 3 – Panfleto entregue na última sessão do Grupo

Não esquecer!



O Bem-estar físico, psicológico, emocional, e nos diferentes domínios da sua vida, irá contribuir para uma boa Qualidade de Vida, que consequentemente irá ter impacto direto na Saúde Mental.

É fundamental adotar hábitos e um estilo de vida saudável.



Psicóloga Estagiária: Joana Oliveira, sob orientação de Dra. [Redacted]

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Grupo de Intervenção Psicoeducativo e de Apoio Emocional para Utentes em Luto



O Luto não Precisa de Ser uma Luta

Saúde Mental, Bem-Estar e Qualidade de Vida



Saúde Mental

A **Saúde Mental** das pessoas está relacionada com a sua saúde física e social. A saúde é considerada “**não apenas a ausência de doença**”, mas como “**um estado de completo bem-estar físico, mental e social**”

Inclui **dimensões positivas** como:

- Bem-estar subjetivo
- Autonomia
- Perceção de autoeficácia ou competência

A SAÚDE MENTAL um fator importante na medida em que possibilita o ajuste necessário para lidar com as emoções positivas e negativas.

Bem-Estar

Para além dos recursos materiais, o bem-estar é influenciado por outros aspetos que determinam a qualidade de vida, como a saúde, as relações interpessoais, a liberdade de expressão ou a satisfação com o trabalho.

O bem-estar define-se como uma **dimensão positiva da saúde**, sendo considerado uma área de estudo que integra conceitos como a **qualidade de vida**, o **afeto positivo** e o **afeto negativo**.



↓
QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de Vida

É a **perceção individual** da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores, bem como no que diz respeito aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Importante!

Fatores que contribuem para o Bem-estar e Qualidade de Vida

- Pensamento Positivo
- Boa higiene do Sono
- Trabalhar o autocontrolo (aprender a relaxar a gerir as emoções)
- Procurar ajuda profissional, se necessário
- Evitar o isolamento (vida social ativa)
- Autoestima (goste de si!)
- Lazer e Atividades Prazerosas
- Alimentação Saudável
- Exercício físico
- (...)

Anexo 4 – Certificado de Assiduidade entregue na última sessão do Grupo

CERTIFICADO de ASSIDUIDADE

CERTIFICA-SE QUE

CONCLUIU COM ÉXITO O

Grupo Terapêutico do Luto "O Luto não precisa de ser uma Luta" com 100% de assiduidade

16 DE JULHO
2019

DRA. JOANA OLIVEIRA & DRA.
Estagiária; Psicóloga Orientadora

Anexo 5 – Apresentação da Formação “O Cuidador Informal de Doentes Paliativos”



Ação de Formação O Cuidador Informal de Doentes Paliativos

Formadora: Joana Oliveira
Instituto Universitário Ciências da Saúde
Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia
Orientadora Local: Dra Gerly Macedo



11 de fevereiro, 2019



Sumário

1. O que é um Cuidador Informal de um Doente Paliativo
 - Distinção entre CI e CF
 - Implicações Positivas e Negativas deste papel social de prestação de cuidados
2. Papel do Psicólogo com o CI





Cuidador Informal VS Cuidador Formal

0000000000



Cuidador Informal vs Cuidador Formal

- É aquele que não tem qualquer tipo de habilitação profissional e que é frequentemente proveniente do seio familiar, do grupo de amigos ou de outras redes de apoio informal ou social com quem o doente mantém alguma ligação pessoal e afetiva.
- É aquele que possui competências profissionais específicas, a sua prestação de cuidados é remunerada, descreve uma relação profissional com valores éticos e funções objetivas e que se encontram, por norma, inseridos em serviços públicos ou privados (médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica,...)



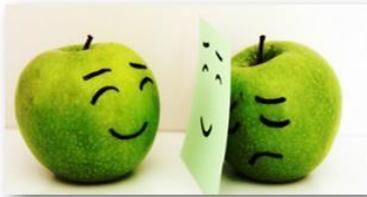
0000000000

Oliveira, et al., 2006



O cuidador Informal...

- Os cuidadores familiares são vistos como recurso em benefício do indivíduo doente, sendo que nem sempre são um alvo de atenção da equipa de saúde. São indivíduos rotulados, para ajudar nesse processo de cuidar e espera-se que cuidem “naturalmente” sem que, muitas vezes, recebam o auxílio e o apoio necessários.
- É sobre o CI que recai toda a responsabilidade pela realização dos cuidados relacionados com a o autocuidado, gestão da doença crónica, impacto dos tratamentos, conforto e bem estar do familiar.



- Sem receber qualquer tipo de formação;
- Sem ser remunerado;
- Acumulando o papel de cuidador com outros papéis sociais no seu quotidiano.

(Beck & Lopes, 2007; Castro et al., 2016)



Aspetos Positivos de Cuidar



(Ricarte, 2009)



Dificuldades do Cuidador Informal

- Cuidar de um familiar que sofre de uma doença crónica, implica um grande dispêndio de tempo e energia, por períodos de tempo potencialmente longos.
- Envolve tarefas que são complexas, desagradáveis, desconfortáveis, desproporcionadas
- E muitas vezes é um papel que não foi previsto.

Encargos a nível económico, físico, psicológico, social e espiritual que se refletem na pessoa doentes, no cuidador e na família



Aumentando o risco de virem a sofrer de doenças físicas e emocionais, especialmente **depressão**, bem como de sobrecarga financeira

(Cattanach e Tebes, 1991, cit. por Neves, 2007)



Dificuldades do Cuidador Informal

- No que diz respeito às alterações nos vários domínios: profissional, económico, social e ao nível da saúde, as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos de tempo, sofrem alterações em várias áreas da sua vida:
 - Na vida familiar e social: isolamento e mudanças nas rotinas
 - Problemas económicos e laborais: diminuição no rendimento familiar e baixas médicas
 - Cansaço e desgaste prolongado a nível psíquico e físico: comprometimento dos padrões de funcionamento global, como fraca higiene do sono, alimentar, de lazer,...



Ermo, 2002, cit. por Fernandes, 2012



Dificuldades do Cuidador Informal

- Estudos realizados revelaram que os principais fatores que influenciam o nível de sobrecarga no cuidador são:
 - Idade e Género do cuidador
 - Problemas de saúde que afetam o cuidador
 - Ansiedade e Depressão,
 - Grau de dependência da pessoa,
 - Recursos económicos,
 - Falta de conhecimentos sobre a doença e sobre a prestação de cuidados
 - Falta de apoio formal e informal.



(Brito, 2002, cit. por Fernandes, 2012)



Fatores Stressantes

Cuidados diretos,
contínuos, intensos e a
necessidade de
vigilância constante

Desconhecimento ou
falta de informação
para o desempenho do
cuidado

Sobrecarga de trabalho
para apenas um único
cuidador

Dificuldade em
adaptar as exigências
do cuidar aos recursos
disponíveis

Conflitos familiares e
o não reconhecimento
do seu esforço por
parte dos mesmos



(Gonçalves, 2003, cit. por Fernandes, 2012)



Sintomatologia mais frequente

Frequentemente o CI entra em **SITUAÇÃO DE CRISE**, manifestando, entre outros sintomas:

a) Depressão

- b) Tensão
- c) Constrangimento
- d) Fadiga
- e) Stress

- f) Frustração
- g) Redução das atividades de lazer
- h) Alteração da autoestima
- i) ...



Martins, 2006, Pinheiro, 2009, cit. por Fernandes, 2012



Síndrome
do
Cuidador



Resulta da **sobrecarga física e psicoafetiva**, derivada das responsabilidades e das atividades inerentes ao cuidar, bem como dos sentimentos vividos pelo cuidador, fruto da perda e do que esta representa na sua vida futura.



(Muñoz Cobos et al., 2002, cit. por Neves, 2007)



Papel do Psicólogo no CI

08/11/2017



Papel do Psicólogo no CI



- Ajudar o doente e familiar cuidador a lidar com o sofrimento, impotência e desconforto; auxiliar na preparação para a morte;
- Esclarecer e educar a família em relação aos cuidados que têm que prestar aos doente (identificação, monitorização de sintomas, gestão da terapêutica...)
- Implementar estratégias para lidar com o stress e prevenir o burnout dos cuidadores ou quadros psicopatológicos severos ou moderados

08/11/2017



Papel do Psicólogo no CI

- **Revisão Sistemática:** “*Competências do psicólogo em cuidados paliativos*”
- **Objetivo:** Apurar as competências do psicólogo em cuidados paliativos, na intervenção tanto com o doente como com a família

(Martinho, Pilha & Sapeta, 2016)



Papel do Psicólogo no CI

Competências do Psicólogo, encontradas nos estudos, na intervenção com o familiar cuidador:

- Promoção da aceitação da morte iminente do doente e assumir o papel de intermediário, na gestão do fim de vida da pessoa;
- Gestão de conflitos e resolução de problemas/dúvidas;
- Aconselhar sobre a gestão emocional com menores;
- Facilitar a aceitação da situação pelos familiares;
- Prevenir as barreiras da comunicação família/doente ou intervir junto das mesmas quando estas surgem (conspiração do silêncio ou dificuldades na comunicação);





Papel do Psicólogo no CI



- Reconhecer as causas de stress e intervir de forma a reduzir as mesmas, assim como na alteração de humor e sintomatologia de ansiedade;
- Facilitar o processo adaptativo, promovendo estratégias de coping e recursos internos adequados;
- Reforçar e validar o papel desempenhado pelos cuidadores;
- Reestruturação Cognitiva → Permitir a expressão e diferenciação de emoções, sentimentos e pensamentos.



Papel do Psicólogo: Intervenções



Estudo de Harding (2011): Intervenções que visam melhorar os resultados dos serviços prestados aos familiares cuidadores

- Grupos de autoajuda entre cuidadores;
- Psicoeducação;
- Intervenção com a família, nomeadamente nas temáticas da morte e do luto;
- Intervenção cognitivocomportamental, incluindo o treino de técnicas de relaxamento, técnicas de controlo, entre outros.



Como potenciar o trabalho em equipa
de forma a prevenir o síndrome do
cuidador e consequentemente a
melhorar a QV do doente?



1. Clara e reconhecida distribuição de tarefas, papéis e responsabilidades dos distintos elementos da equipa
2. Comunicação aberta, clara e ajustada às suas necessidades;
3. Acompanhamento da situação, identificando e explicando a eventual evolução de sintomas;
4. Assegurar disponibilidade;
5. Reavaliar regularmente com o doente e família o seu plano terapêutico;



De forma a alcançar eficazmente todos estes objetivos é importante:

- Trabalhar em equipa
- Formação específica ou a partilha de conhecimento constante;
- Apoiar emocionalmente a equipa;
- Promover a aceitação dos cuidados paliativos, através de palestras ou publicações;
- Investigação na área dos cuidados paliativos.



...Concluindo...

- A psicologia é uma área de conhecimento e atuação indispensável no acompanhamento de doentes e da sua família nas diferentes fases do processo de acompanhamento em cuidados paliativos.



A atuação do Psicólogo não se limita a uma ação remediativa, mas também preventiva e de promoção, sendo que tem como objetivo principal:

- ✓ O treino de competências e estratégias → de forma a ajudá-los a alcançar um estilo de vida o mais equilibrado e positivo possível.



As intervenções dirigidas ao familiar cuidador têm impacto na sua qualidade de vida e na qualidade de vida do doente, uma vez que está dependente daqueles que lhe prestam cuidados, o que reforça cada vez mais a importância das intervenções precoces com os cuidadores.



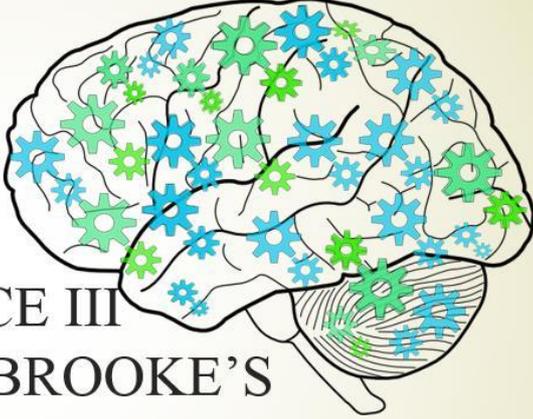
(Guerreiro, 2006, cit por Fernandes, 2012)



Referências Bibliográficas

- Beck, A. R. M. & Lopes M. H. B. M. (2007). Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador, 60(6):670-5. Revista Brasileira de Enfermagem.
- Castro, V.F.P. (2016). O papel do coping familiar no ajustamento individual dos cuidadores principais e outros familiares à fase terminal da doença oncológica. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Castro, L., Souza, D.N., Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R. & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: autoestima e suporte social. Investigação Qualitativa em Saúde, vol2, 1346-1355.
- Fernandes, C. (2012). Cuidar do doente paliativo no domicílio: sobrecarga do cuidador informal. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Harding, R., List, S., Epiphaniou, E., & Jones, H. (2011). How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. Palliative medicine, 26(1), 7-22. doi:10.1177/0269216311409613.
- Martinho, A.B., Pilha, L. & Sapeta, P. (2015). Competências do psicólogo em cuidados paliativos. ResearchGate, 1-31.
- Neves, S.C.S. (2007). Impacto no cuidador principal, do cuidado ao doente paliativo no domicílio. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Oliveira, S., Junior F., Dellarozza, M., Yamada, K., Trelha, C., Cabrera, M. (2006). Perfil dos cuidadores de idosos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário. Ciência Cuidado e Saúde, 5(2), 184-192.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2012). Lei de bases dos cuidados paliativos. Acedido a 16 de outubro, 2019, em https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lei_de_bases_cuidados_paliativos_ppl_63_xii_1_aa_24_07_2012.pdf.
- Parne, S., Hudson, P., Grande, G., Oliviere, D., Tishelman, C., Pleschberger, S., Firth, P., Ewing, G., Hawker, S. & Kerr, C. (2010). White Paper on on improving support for family carers in palliative care. European Journal of Palliative Care, 17(5), 238-245.
- Ribeiro, L. F. C. S. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Seabra, D. S. C. (2013). Necessidades do familiar cuidador do doente paliativo. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Educação e Psicologia.

Anexo 6 – Apresentação da Formação *“ACE-III – Addenbroke’s Cognitive Examination III”*



ACE III ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION

Joana Oliveira

26 de novembro 2018

Objetivo

- Teste de screening (despiste) rápido para avaliação de Déficite Cognitivo e Demência, através de 5 diferentes dimensões/domínios cognitivos, que permite traçar um quadro geral do funcionamento cognitivo.

- 1) **Atenção**
- 2) **Memória**
- 3) **Fluência verbal**
- 4) **Linguagem**
- 5) **Visuoespacial**

- **Tempo de Aplicação:** ± 15 minutos



Pontuações



Pontuação total – máximo = 100 pontos (soma das pontuações por domínio)

Atenção Máx 18 pontos	Memória Máx 26 pontos	Fluência Verbal Máx 14 pontos	Linguagem Máx 26 pontos	Visuoespacial Máx 16 pontos
3 subtestes	4 + 1 subtestes	2 subtestes	7 subtestes	5 subtestes
<ul style="list-style-type: none"> Orientação Evocação verbal imediata de palavras Tarefas de subtração em série. 	<ul style="list-style-type: none"> Evocação verbal diferida (livre e reconhecimento) Aprendizagem verbal Tarefas de memória semântica 	<ul style="list-style-type: none"> Tarefas de fluência semântica e fonética 	<ul style="list-style-type: none"> Compreensão Repetição, Nomeação Leitura Escrita 	<ul style="list-style-type: none"> Tarefas visuoespaciais (e.g. Cópia de Cubo e Desenho do Relógio) Tarefas perceptivo-espaciais (Contar Pontos e Identificar Letras Incompletas)

Atenção Máx 18 pontos

3 subtestes

- Orientação
- Evocação verbal imediata de palavras
- Tarefas de subtração em série.

ATENÇÃO							
> PERGUNTE: Qual é o (a)	Dia	Data	Mês	Ano	Estação		Atenção (Score 0-5)
> PERGUNTE: Em que	Edifício	Piso/ Andar	Cidade	Distrito	País		Atenção (Score 0-5)
ATENÇÃO							
> Diga: "Vou dizer-lhe três palavras que gostaria que as repetisse depois de mim: Limão, Chave e Bola" Depois do sujeito repetir, diga "Tente lembrar -se delas porque mais tarde irei voltar a pedi-las". > Pontue apenas o primeiro ensaio (repita 3 vezes se for necessário). > Registe o número de ensaios:						Atenção (Score 0-3)	
ATENÇÃO							
> Pergunte ao sujeito: "Quanto é 100 menos 7? Agora ao número encontrado, volte a subtrair 7". > Se o sujeito cometer um engano, não o interrompa. Deixe-o continuar e verifique as respostas subsequentes (ex: 93,84,77,70,63- score 4). > Pare após cinco subtrações (93,86,79,72,65): _____						Atenção (Score 0-5)	

Memória

Máx 26 pontos

4 + 1 subtestes

- Evocação verbal diferida (livre e reconhecimento)
- Aprendizagem verbal
- Tarefas de memória semântica

Memória			Memória [Score 0-3]
> Pergunte: "Quais foram as 3 palavras que lhe pedi para repetir e para se lembrar?" _____			<input type="text"/>
Memória			Memória [Score 0-7]
> Diga: " Vou dizer-lhe um nome e uma morada e gostaria que os repetisse a seguir a mim. Terá oportunidade para aprender, pelo que o faremos 3 vezes. Mais tarde perguntar-lhe-ei o nome e a morada "			<input type="text"/>
Pontue apenas o terceiro ensaio.			
João Silva Rua dos Ferreiros,73 Amares Braga	1º Ensaio _____ _____ _____	2º Ensaio _____ _____ _____	3º Ensaio _____ _____ _____
Memória			Memória [Score 0-4]
> Nome do atual Primeiro Ministro > Nome do atual Presidente da República > Nome do Presidente dos EUA > Nome da fadista mais famosa de todos os tempos.			<input type="text"/>
Memória			Memória [Score 0-7]
> Pergunte: "Agora diga-me o que se recorda do nome e da morada que repetimos no início"			<input type="text"/>
João Silva Rua dos Ferreiros,73 Amares	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Memória			Memória [Score 0-5]
Este teste só deve ser realizado se o sujeito não evoca um ou mais itens. Se todos os itens forem evocados, não se aplica a prova e atribuem-se 5 pontos. Se apenas alguma parte for evocada, concede esses itens na coluna sombreada à direita; teste os itens não evocados dizendo ao sujeito "you lhe dar algumas pistas; o nome era X, Y ou Z?" e assim sucessivamente. A cada reconhecimento atribua 1 ponto, que será somado aos pontos obtidos na evocação.			<input type="text"/>
João Silva 37	João Silva 73	João Pereira 76	Evocado
Avenida dos Ferreiros	Rua dos Cesteiros	Rua dos Ferreiros	Evocado
Caçém	Amares	Gandra	Evocado
Braga	Paredes	Sintra	Evocado
Pontuações			

Fluência Verbal

Máx 14 pontos

2 subtestes

- Tarefas de fluência semântica e fonética

Fluência		Fluência [Score 0-7]
> Letras Diga: "Durante um minuto, diga palavras que consegue lembrar -se começadas pela letra P. Não pode dizer nomes de pessoas (ex: Paula), nem de lugares (ex: Porto), nem diminutivos (ex: Pedrinho). Tem alguma dúvida?"		<input type="text"/>
	≥ 18 7 14-17 6 11-13 5 8-10 4 6-7 3 4-5 2 2-3 1 0-1 0 Total Correcta	
> Animais Diga: "Agora, começando por qualquer letra, diga todos os nomes de animais que consegue lembrar -se Tem alguma dúvida?"		<input type="text"/>
	≥ 22 7 17-21 6 14-16 5 11-13 4 8-10 3 7-8 2 5-6 1 4-5 0 Total Correcta	

Linguagem

Máx 26 pontos

7 subtestes

- Compreensão
- Repetição,
- Nomeação
- Leitura
- Escrita

Linguagem	Linguagem [Score 0-4]
> Usando as figuras apresentadas, peça ao sujeito:	
<ul style="list-style-type: none"> • Apontar para figura associada à monarquia. • Apontar para figura que serve para guardar vinho. • Apontar para figura que é o rei da selva. • Apontar para figura ligada ao mar. 	

Linguagem	Linguagem [Score 0-1]
> Peça ao sujeito para ler as seguintes palavras: (Pontue 1 apenas se todas estiverem corretas)	
Ler Pia Frio Preso Altura	

Linguagem	Linguagem [Score 0-4]
> Coloque um lápis e i para "Pegar no lápis"	
> Se o sujeito desemp	
<ul style="list-style-type: none"> • Peça ao su • Peça ao su • Peça ao su 	
Linguagem	Linguagem [Score 0-12]
> Peça ao sujeito para repetir: "nem tudo o que brilha é ouro"	
> Peça ao sujeito para repetir: "Homem prevenido vale por dois"	
> Peça ao sujeito para lerias fim do seman; foram produzidas da gramática e as palav	

Visuoespacial

Máx 16 pontos

5 subtestes

- Tarefas visuoespaciais
- Tarefas visuoconstrutivas (e.g. Cópia de Cubo e Desenho do Relógio)
- Tarefas perceptivo-espaciais (Contar Pontos e Identificar Letras Incompletas)

Habilidades visuoespaciais	Visuoespacial [Score 0-4]
> Peça ao sujeito para contar os pontos sem apontar	
Habilidades visuoespaciais	Visuoespacial [Score 0-4]
> Peça ao sujeito para identificar as letras	

Análise dos Resultados



- Para comparar a performance de um indivíduo com a amostra de normalização portuguesa é necessário calcular os valores através das fórmulas para obter os resultados esperados de acordo com a idade e anos de escolaridade.

	Formula
ACE-III (total)	$103,762 + 0,791 * EDUCATION (years) - 0,255 * AGE (years)$
Attention	$16,705 + 0,127 * EDUCATION (years)$
Memory	$30,476 - 0,107 * AGE (years)$
Fluency	$16,522 - 0,054 * AGE (years)$
Language	$24,503 + 0,078 * EDUCATION (years)$
Visuospatial	$15,873 + 0,305 * EDUCATION (years) - 0,068 * AGE (years)$

Fórmula = Resultado Esperado + Fator Ponderação X Educação (em anos) – Fator de Ponderação X Idade (em anos)

Análise dos Resultados



- Resultados brutos transformados em nota/pontuação z (média = 0 e DP = 1) para a escala total e para cada domínio, tendo em conta idade e nível de escolaridade
- Após estes cálculos os resultados z para o Total na ACE e cada um dos domínios são calculados de acordo com a seguinte fórmula:

Resultado Esperado + Fator Ponderação X Educação (em anos) – Fator de Ponderação X Idade (em anos)

	Formula	Expected Result	Obtained Result	SD	z Score
ACE-III (total)	$103,762 + 0,791 * 4 - 0,255 * 73$	88	78	6,48	-1,5
Attention	$16,705 + 0,127 * 4$	17	15	1,42	-1,4
Memory	$30,476 - 0,107 * 73$	23	22	2,42	-0,4
Fluency	$16,522 - 0,054 * 73$	13	12	1,82	-0,6
Language	$24,503 + 0,078 * 4$	25	24	1,43	-0,7
Visuospatial	$15,873 + 0,305 * 4 - 0,068 * 73$	16	14	2,27	-0,9

Exemplo de cálculo das notas z de um indivíduo com 73 anos de idade e 4 anos de escolaridade

$$z = \frac{\text{Resultado Obtido} - \text{Resultado esperado}}{\text{Desvio Padrão}}$$

Análise dos Resultados

Em termos Qualitativos	
Muito Superior	$\geq +2$ DP
Superior	Entre +1,3 e +2DP
Médio Superior	Entre +0,6 e 1,3 DP
Médio	Entre +0,5 e -0,5 DP
Médio Inferior	Entre -0,6 e -1,3 DP
Inferior ou Limite	Entre -1,3 e -2 DP
Nitidamente Inferior	≤ -2 DP

Referências Bibliográficas

- Machado, A., Baeta, E., Pimentel, P. & Peixoto, B. (2015). Psychometric and Normative Indicators of the Portuguese Version of the Addenbrooke's Cognitive Examination-III. Preliminary study on a Sample of Healthy Subjects. *Acta Neuropsychologica*, 13(2):127-136.
- Material de apoio: Caldas, 2017.

Anexo 7 – Poster Submetido ao I Congresso de Cuidados Paliativos do Alto Minho

TERAPIA DA DIGNIDADE: O IMPACTO NOS DOENTES ONCOLÓGICOS E NOS FAMILIARES CUIDADORES

Macedo, G.¹; Oliveira, J.^{2,3} & Leite, M.^{2,3}

¹Equipa Intra Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital Senhora da Oliveira EPE, Rua dos Cutileiros, Creixomil, 4835-044 Guimarães, Portugal

²CESPU – Instituto Universitário Ciências da Saúde, Rua Central da Gandra 1317, 4585-116 Gandra, Paredes, Portugal

³Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, CESPU, Rua Central da Gandra 1317, 4585-116 Gandra, Paredes, Portugal

E-mails: gerlymacedo@hospitaldeguiaraes.min-saude.pt; jomafoliveira3@gmail.com; mansuela.leite@iucs.cespu.pt

RESUMO

Uma doença terminal é desafiante para o doente e seus familiares, especialmente em fim de vida.

Os doentes oncológicos em cuidados paliativos apresentam frequentemente um elevado sofrimento biopsicossocial, existencial e espiritual que exige uma intervenção especializada e diferenciada. Com vista a promover a dignidade em fim de vida, foi desenvolvido por Chochinov um modelo de psicoterapia breve – Terapia da Dignidade, centrado na pessoa, e não na doença.

OBJETIVO

O objetivo foi determinar o impacto da Terapia da Dignidade nos doentes oncológicos em fase terminal e respetivos familiares, nomeadamente na adaptação ao processo de luto subsequente depois de revisão da literatura e com análise de um caso clínico.

RESULTADOS

Os resultados obtidos da análise dos diferentes artigos revelaram-se congruentes entre si no que diz respeito a uma boa eficácia da TD, nos doentes e familiares cuidadores, salientando-se os seguintes aspetos:

DOENTE

- Melhoria significativa no sofrimento, na angústia e nos sintomas depressivos e de ansiedade (Espindola, Benicek, Scortegagna, Secco & Abreu 2017; Julião, Oliveira, Nunes, Carneiro & Barbosa 2014).
- Aumento da dignidade, significado de propósito, significado de vida e vontade de viver (Houmann, Chochinov, Kristjanson, Petersen & Groenvold, 2014).
- Diminuição do sentimento de serem um “fardo” para os outros (Houmann, Chochinov, Kristjanson, Petersen & Groenvold, 2014)
- Aumento da aceitação com o fim de vida (Vukсанovic, Hesther, Green, Dycck & Morrissey, 2016).
- Melhor qualidade de vida (Chochinov, Kristjanson, Breitbart, McClement, Hack, Hassard & Harlos 2011).
- Doentes consideraram que esta intervenção ajudou ou poderá vir a ajudar as suas famílias (Hall, Goddard, Martin, Opio & Speck, 2012).

FAMILIARES

- Diminuição do sofrimento e a angústia em relação ao seu familiar doente.
- Os familiares consideraram a Terapia da Dignidade como uma intervenção que atenua as suas experiências de luto.
- 78% dos familiares mencionaram que o legado os ajudou muito durante processo de luto.
- Para 77% o legado continuava a ser uma fonte de conforto para eles e para o resto da família.
- 95% referiu recomendar a TD a todos os familiares com doentes terminais, assim como aos próprios doentes.

McClement, Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson & Harlos, 2007)

CONCLUSÕES

Os artigos analisados revelaram resultados muito favoráveis na utilização da TD nos doentes oncológicos, sendo considerada muito importante para a maioria dos doentes e familiares. Tendo em conta os resultados obtidos, foi possível concluir que esta intervenção apresenta resultados muito positivos e benéficos na área dos cuidados paliativos, tanto a nível dos doentes como dos familiares cuidadores, diminuindo os níveis de sofrimento biopsicossocial, existencial e espiritual, possibilitando um aumento da qualidade de vida e da dignidade e uma melhor relação com os seus familiares. No que diz respeito aos familiares cuidadores esta terapia revela resultados positivos na diminuição do sofrimento e da angústia em relação ao seu familiar doente, assim como na adaptação ao luto.

REFERÊNCIAS

- Alves, S.C. & Martins, S.J. (2016). Terapia da dignidade na melhoria da qualidade de vida em cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos*, 32(2), 31-41.
- Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S. & Harlos, M. (2007). Dignity Therapy: A Novel Psychosocial Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(24), 3128-3133.
- Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Breitbart, N., McClement, S., Hack, T.F., Hassard, T. & Harlos, M. (2011). The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminal ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol*, 12(8), 773-782.
- Espindola, A.V., Benicek, C.P.S., Scortegagna, N.A., Secco, A.C. & Abreu, A.F.S. (2017). Terapia da Dignidade para doentes oncológicos em cuidados paliativos: Um Relato de Caso. *Trends in Psychology*, 25(2), 721-741.
- Hall, I., Goddard, C., Martin, P., Opio, D. & Speck, P. (2012). Exploring the impact of dignity therapy in distressed patients with advanced cancer: three case studies. *Psycho-Oncology*, 17(4), 448-451.
- Houmann, L.J., Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Petersen, M.A. & Groenvold, M. (2014). A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, 28(5), 448-451.
- Julião, M., Oliveira, F., Barbosa-Nunes, S., Carneiro, A.V. & Barbosa, A. (2014). Efficacy of Dignity Therapy on Depression and Anxiety in Portuguese Terminal Ill Patients: A Phase II Randomized Controlled Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 888-893.
- McClement, S., Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J. & Harlos, M. (2007). Dignity Therapy: Family Member Perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 10(3), 1076-1082.
- Vukсанovic, D., Hesther, J., Green, H. J., Dycck, M. & Morrissey, S.A. (2016). Dignity Therapy and Relief for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 1-21.

INTRODUÇÃO

A Terapia da Dignidade, é uma terapia breve e individualizada, que aborda temas relacionados com a perda de dignidade – como preocupações relacionadas com a doença, recursos pessoais e sociais da identidade. O objetivo desta intervenção é aumentar o bem estar psicossocial, emocional e existencial através do processo de revisão de vida, respondendo a um conjunto de questões, de forma a contruir um “legado” que contém memórias importantes, valores, palavras de sabedoria e mensagens especiais dirigidas aos familiares e entes queridos que o doente gostaria que perdurassem no tempo, e como gostaria de ser recordado.

(Vuksanovic, et al., 2016; Alves & Martins, 2016; Julião, 2016).

MÉTODO



Pesquisa
Entre maio e junho de 2018

Base de Dados
EbscoHost

Palavras-chave
"Dignity Therapy", "oncology patients", "family caregivers" and "Palliative Care".

Delimitadores Usados
Texto completo
Resumo disponível
PDF
Data de publicação: 2005/2018

Total de Artigos
28

Critérios de Exclusão

- Artigos que não continham no título "Terapia da Dignidade" ou "Therapy Dignity", ou que não fossem relacionados com a oncologia;
- Artigos sobre cuidados paliativos na oncologia que não fazem referência à TD;
- Revisões sistemáticas sobre este tema;
- Artigos inferiores ao ano 2005.

Artigos Selecionados
8

Anexo 8 – Certificado de Submissão de Poster ao I Congresso de Cuidados Paliativos do Alto Minho

CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE:

[REDACTED]; JOANA FILIPA LEAL OLIVEIRA; MARIA
MANUELA DA SILVA LEITE

Foi Autor (a) do poster "Terapia da dignidade: o impacto nos doentes oncológicos e nos familiares cuidadores" no I Congresso de Cuidados Paliativos do Alto Minho que decorreu nos dias 12 e 13 de abril de 2019, no Centro Pastoral Paulo VI - Viana do Castelo.

Viana do Castelo, 13 de abril de 2019



SUSANA MENDES

PRESIDENTE DA COMISSÃO
ORGANIZADORA



aaavam
ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA
DE VIANA DO CASTELO



ILSAM
INSTITUTO LUSITANO DE SAÚDE E APOIO À MEDICINA

Anexo 9 – Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: G.

Data de Nascimento: 15/09/2009 (9 anos)

Escolaridade: 4º ano

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

Encaminhado para Psicologia pelo serviço de Pediatria do Desenvolvimento para avaliação clínica e cognitiva, por suspeitas de dificuldade específica da leitura aparentemente não confirmada. Critérios de PHDA tipo inatento e imaturidade com repercussão na aprendizagem.

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL E DO PROBLEMA

G. tem 9 anos, nasceu no dia 15 de setembro de 2009. Vive com os pais e é filho único. A mãe é engenheira têxtil e trabalha como gerente de planeamento numa empresa têxtil, e o pai é engenheiro eletromecânico, exercendo funções de manutenção numa empresa eletromecânica.

Quanto ao período neonatal a gravidez ocorreu dentro da normalidade, com o parto às 40 semanas, sem intercorrências relevantes. Começou a andar quando tinha 12 meses, sem ter manifestado problemas significativos a nível psicomotor. O desenvolvimento da linguagem ocorreu mais tarde com grandes dificuldades, começou a dizer as primeiras palavras por volta dos 2 anos e meio, e frases simples por volta dos 3 anos.

Entrou para o infantário aos 2 anos, teve uma boa integração e socialização com os pares. Facilidade em criar relações de amizade. Integração mais difícil quando entrou para a primária, durante a primeira semana.

É um aluno com notas médias em geral, mas com dificuldades a Português. Nas atividades escolares, nomeadamente, de Português, segundo os pais, é muito distraído e

impulsivo, não lê as perguntas até ao fim, acabando por não responder ao que é pedido. Para além disso, revela dificuldades na leitura, na interpretação dos textos e escreve com alguns erros ortográficos.

Foi diagnosticado com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção pela Pediatra do Desenvolvimento, e encontra-se a fazer metilfenidato, com resposta cognitiva e comportamental positiva ao mesmo.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Para fazer face ao pedido solicitado procedeu-se à avaliação do nível cognitivo e comportamental de Gil através da aplicação dos seguintes instrumentos:

- **WISC-III:** Prova que avalia o funcionamento intelectual geral nas suas diferentes dimensões de forma mais detalhada.
- **ASEBA – CBCL (Pais) e TRF (Professores):** Escala de avaliação do comportamento em contexto familiar, preenchida pelos pais e escala de avaliação do comportamento em contexto escolar, preenchida pela professora.
- **Escala de Conners (Pais e Professores):** Escalas que para além de avaliarem os problemas de comportamento, também fazem uma avaliação multimodal da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – PHDA.
- **PEDE:** Teste Exploratório de Dislexia, permite fazer o despiste de dislexia.

RESULTADOS OBTIDOS

Após a análise dos resultados obtidos na Escala de Inteligência de Wechsler (WISC-III), verifica-se que G. apresenta um Quociente da Escala Completa dentro da média – $QI_{Escala\ Completa} = 101$ – em comparação com indivíduos da mesma faixa etária. O mesmo se verificou para o QI Verbal (=104) e de Realização (=99).

A nível dos pontos fortes da avaliação da área Verbal e de Realização, G. destaca-se nos subtestes Aritmética e Semelhanças (Verbal) e nos subtestes Complemento de Gravuras e Disposição de Gravuras, revelando boas capacidades na área das competências básicas de Matemática e na capacidade de utilização dessas competências, uma boa capacidade de abstração, pensamento lógico e facilidade na formação de conceitos verbais. Salienta-se também uma boa organização perceptiva e concentração

visual, uma ajustada representação mental, e adequados conhecimentos sobre o ambiente sociocultural em que está inserido.

A nível de pontos fracos destacam-se os subtestes Vocabulário e Compreensão (Verbal) e Código e Pesquisa de Símbolos (Realização), que refletem as dificuldades a nível da linguagem e utilização da mesma, baixa velocidade psicomotora, dificuldade em seguir instruções sob pressão de tempo e dificuldades de concentração e atenção, característicos da PHDA.

No que diz respeito à análise do questionário de avaliação do comportamento destinado aos pais (CBCL) não são identificados problemas comportamentais significativos, todos os domínios avaliados encontram-se dentro da média. Quanto à análise da Escala de Conners evidencia-se o valor ligeiramente acima da média para o do Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade, com especial destaque a nível atencional, revelando ser mais contido em casa e cumpridor das regras parentais estabelecidas.

Quanto à análise do questionário de avaliação do comportamento destinado à professora (TRF), esta faz referência a persistência de alguns erros na escrita, as dificuldades na leitura, a escassa capacidade de atenção, concentração e organização. Para além disso, salienta-se valores ligeiramente mais elevados a nível de comportamentos agressivos, que poderão ser associados à impulsividade e irrequietude característica da PHDA, o que é congruente com resultados obtidos na Escala de Conners, com a obtenção de níveis ligeiramente acima da média para Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade, para os dois domínios – atenção e impulsividade.

Por fim, quanto ao Teste Exploratório de Dislexia Específica, G. respondeu corretamente a todos os níveis de leitura e de erros específicos, pelo que se revoga qualquer hipótese perturbação específica da aprendizagem – Dislexia. As dificuldades de leitura do utente, ao que tudo indica, devem-se ao pouco treino e estimulação da mesma, juntamente com as características da PHDA.

PARECER CLÍNICO

Posto isto, é possível concluir que G. não apresenta patologia clinicamente significativa a nível da aprendizagem, nomeadamente da leitura, sendo que as dificuldades manifestadas parecem estar subjacentes às características da PHDA, nomeadamente, dificuldades de concentração e em focalizar a atenção,

concomitantemente com o comportamento impulsivo e com a pouca estimulação e treino da Língua Portuguesa. Estes aspetos constituem-se como agentes ativos que prejudicam performance do G. principalmente nas atividades e tarefas escolares.

INDICAÇÕES

- Estimulação da atenção e concentração da criança, através de jogos lúdicos e educativos (como puzzles, labirintos, UNO, encontrar as diferenças, entre outros).
- Treino e estimulação da leitura, recorrendo, por exemplo, a livros de banda de desenhada, de forma a tornar-se mais atrativo para a criança e aumentar o tempo de atenção e concentração.

ORIENTAÇÃO

Alta da consulta de psicologia, por não apresentar critérios patológicos que justifiquem a continuação de acompanhamento psicológico.

Psicóloga Estagiária: Joana Oliveira
Sob orientação da Dra. [REDACTED]

Anexo 10 – Estudo de Caso: Avaliação Psicométrica

EADS-21 - Nome [REDACTED]

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0- não se aplicou nada a mim
- 1- aplicou-se a mim algumas vezes
- 2- aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	X	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	X	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	X	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	X	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	X	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	X	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Homado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

Inventário de Personalidade NEO-PI-R
(NEO-FFI – versão reduzida)

Este questionário tem como objetivo a avaliação das características da sua personalidade. Leia por favor as perguntas com atenção e coloque uma **cruz (X)** na resposta que para si é a mais correta.

Afirmções	Discordo Fortemente DF	Discordo D	Indiferente N	Concordo C	Concordo Fortemente CF
1. Não sou uma pessoa preocupada.				X	
2. Gosto de ter muitas pessoas à minha volta.			X		
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordada(o).		X			
4. Tento ser delicada (o) com todas as pessoas que encontram.					X
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					X
6. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.			X		
7. Rio facilmente.				X	
8. Quando encontro uma maneira correta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.				X	
9. Frequentemente arranjo discussões com a família e colegas de trabalho.	X				
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.				X	
11. Quando estou numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.		X			
12. Não me considero especialmente, uma pessoa alegre.		X			
13. Fico admirado com os modelos que encontra na arte e na natureza.		X			
14. Algumas pessoas pensam que sou invejosa e egoísta.			X		
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).		X			
16. Raramente me sinto só ou abatida (o)		X			
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.				X	
18. Acredito que, deixar os alunos ouvir as pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					X
19. Prefiro colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.				X	
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as suas obrigações.				X	

Afirmações	Discordo Fortemente DF	Discordo D	Indiferente N	Concordo C	Concordo Fortemente CF
21. Muitas vezes, sinto-me tensa(o) e enervada(o).				X	
22. Gosto de estar onde está a acção.			X		
23. A poesia pouco ou nada lhe diz.		X			
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.				X	
25. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de forma ordenada.	X				
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.			X		
27. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinha (o).			X	X	
28. Frequente experimento comidas novas e desconhecidas.		X			
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa dela se a deixar.		X			
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.				X	
31. Raramente me sinto amedrontada (o) ou nervosa.		X			
32. Muitas vezes, sinto-me a arrebentar de energia.		X			
33. Poucas vezes, me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.		X			
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim.				X	
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.				X	
36. Muitas vezes aborreço-me a maneira que as pessoas me tratam.			X		
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.				X	
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.				X	
39. Algumas pessoas consideram-me fria (o) e calculista.			X		
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.				X	
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.				X	
42. Não sou um (a) grande optimista.				X	
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.			X		
44. Sou inflexível e dura (o) nas minhas atitudes.		X			

Afirmações	Discordo Fortemente DF	Discordo D	Indiferente N	Concordo C	Concordo Fortemente CF
45. As vezes não sou tão segura (o) ou digna (o) de confiança como deveria ser.				X	
46. Raramente estou triste ou deprimida (o).		X			
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.				X	
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.				X	
49. Geralmente, procuro ser atenciosa (o) e delicada (o).				X	
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.				X	
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparada (o), desejando que alguém resolva os meus problemas.		X			
52. Sou uma pessoa muito activa.				X	
53. Tenho muita curiosidade intelectual.				X	
54. Quando não gosto das pessoas faço-o saber.		X			
55. Parece que nunca consigo ser organizada (o).		X			
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhada(o) que desejava meter-me num buraco.	X				
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.			X	X	
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstratas.		X			
59. Se for necessário, não hesito manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.		X			
60. Esforça-me por ser excelente em tudo o que faço.				X	

Portuguese Version of NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992, translated by Lima & Simões, 2000)

BSI

Nome: [REDACTED]	Sexo: Masculino ___ Feminino <input checked="" type="checkbox"/>
Idade: 69	Estado civil: Cas. ___ Sep. ___ Div. <input checked="" type="checkbox"/> Solt. ___ Viú. ___
Escolaridade: 12º Ano	Profissão: Reformada
Data: 07/10/2019	

Instruções:

Em baixo, está uma lista de problemas que, às vezes, as pessoas apresentam. Por favor leia com atenção cada um e coloque um círculo à volta do número que melhor descreve EM QUE MEDIDA ESSE PROBLEMA O/A PERTURBOU OU ABORRECEU DURANTE OS PASSADOS 7 DIAS INCLUINDO HOJE. Coloque um círculo somente num número para cada problema e não salte nenhum item. Se mudar de ideia, apague com cuidado a sua primeira marca. Leia, por favor, o exemplo em baixo antes de começar, e se tiver algumas questões, faça o favor de as colocar.

Exemplo:

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Dores no corpo	0	1	2	3	4

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Nervosismo ou agitação interior	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
2. Sensações de tonturas ou desmaios	0	1	2	3	4
3. Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se das coisas	0	1	2	3	4

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
6. Sentir-se facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3	4
7. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Sentir medo em espaços abertos	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas	0	1	2	3	4
11. Pouco apetite	0	1	2	3	4
12. Assustar-se subitamente sem razão	0	1	2	3	4
13. Acesso de cólera/irritação que não consegue controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho/a mesmo quando está com pessoas	0	1	2	3	4
15. Sentir-se bloqueado/a ao tentar fazer as coisas	0	1	2	3	4
16. Sentir-se só	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste/melancólico	0	1	2	3	4
18. Não sentir interesse nas coisas	0	1	2	3	4
19. Sentir-se amedrontado/a	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ferido/a nos seus sentimentos	0	1	2	3	4
21. Sentir que as pessoas não são amigáveis ou que não gostam de si	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23. Náuseas ou indisposição de estômago	0	1	2	3	4
24. Sentir que está a ser observado/a ou sentir que os outros falam de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade ao adormecer	0	1	2	3	4
26. Ter de verificar e tornar a verificar o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28. Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio	0	1	2	3	4
29. Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
30. Arrepios frios e quentes	0	1	2	3	4

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque elas o/a assustam	0	1	2	3	4
32. Fazer-se um vazio no seu espirito	0	1	2	3	4
33. Entorpecimento ou formigueiro em partes do corpo	0	1	2	3	4
34. A ideia de que deveria ser castigado/a pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança acerca do futuro	0	1	2	3	4
36. Dificuldades de concentração	0	1	2	3	4
37. Sentir fraqueza em várias partes do corpo	0	1	2	3	4
38. Sentir-se tenso/a ou excitado/a	0	1	2	3	4
39. Pensamentos de morte ou de morrer	0	1	2	3	4
40. Sentir impulsos de bater/magoar ou provocar danos a alguém	0	1	2	3	4
41. Ter impulsos/vontade de partir ou esmagar coisas	0	1	2	3	4
42. Sentir-se muito consciente de si próprio/a na presença de outros	0	1	2	3	4
43. Sentir-se pouco à vontade no meio de multidões ou muita gente	0	1	2	3	4
44. Nunca se sentir próximo de outra pessoa	0	1	2	3	4
45. Acessos de terror e pânico	0	1	2	3	4
46. Envolver-se em discussões frequentes	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso/a quando o/a deixam sozinho/a	0	1	2	3	4
48. Os outros não darem o apreço devido àquilo que faz	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão inquieto/a que não consegue ficar parado/a	0	1	2	3	4
50. Sentir-se sem valor	0	1	2	3	4
51. Sentir que as pessoas podem aproveitar-se de si se você permitir	0	1	2	3	4
52. Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53. Ideia de que algo está mal no seu espirito	0	1	2	3	4

Copyright, c 1975 by Leonard R. Derogatis, Ph. D.

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).
Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____

Data: ____/____/____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

- # 1
() 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
() 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
(X) 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
() 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.
- # 2
() 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
() 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanurrado(a) por comer demais.
(X) 3. Às vezes tento a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
() 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanurrado(a) por ter comido demais.
- # 3
() 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
(X) 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
() 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
() 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.
- # 4
() 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
() 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
() 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
(X) 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.
- # 5
() 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
(X) 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
() 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
() 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.
- # 6
() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
() 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
(X) 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- # 7
() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
(X) 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a) "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".
- # 8
() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanurrado(a) depois.
() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanurrado(a).
(X) 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).
- # 9
() 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
(X) 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".
- # 10
() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
(X) 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
() 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

Anexo 11 – Estudo de Caso: Panfleto Psicoeducativo entregue a F.



*Mudar hoje, para Viver
mais e melhor
amanhã!*



Psicóloga Estagiária: Joana
Oliveira, sob orientação de Dra.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Ingestão Alimentar Compulsiva... Consequências do Excesso Peso e... alimentação saudável



Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

É caracterizado por episódios de ingestão de uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria, no mesmo período de tempo e sob as mesmas condições.

A ingestão é mais rápida do que o normal, e sem ser acompanhada da sensação física de fome.

Consequentemente, ao recordar os episódios de ingestão compulsiva estão presentes sentimentos de culpa e arrependimento por não conseguirem controlar a sua impulsividade.

Desencadeares dos episódios alimentares compulsivos:

- Alterações de humor
- Tensões emocionais (ansiedade, stress,...)
- Problemas relacionais ou do dia-a-dia
- ...



Função → Estabilidade Emocional

Consequências do Excesso de Peso e Obesidade

- Diabetes melitus tipo 2
- Hipertensão Arterial
- Doença Cardíaca Coronária
- AVC
- Dislipidemia
- Insuficiência Respiratória
- Morte Prematura
- Apneia obstrutiva do sono
- Cancro
- Problemas endócrinos (hormonais)
- Problemas psicológicos
- ...



Alimentação saudável!

Ter hábitos alimentares saudáveis não é sinónimo de uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade.

Optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não significa deixar de comer aqueles alimentos menos saudáveis que tanto gosta. O importante é que o consumo desses alimentos constitua a exceção e não a regra do seu dia a dia alimentar.

(Direção-Geral de Saúde)

Anexo 12 – Estudo de Caso: Guia para prática do Relaxamento Progressivo de Jacobson e Respiração Diafragmática entregue à paciente

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

O treino de relaxamento muscular progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados.

O relaxamento muscular progressivo permite à pessoa reconhecer quando se encontra excessivamente ansiosa e tensa e instruir-se para relaxar, reduzindo, desta forma, também o nível de ansiedade.

Instruções

1. Sente-se numa cadeira, o mais confortável possível, de preferência reclinável. O local deve ser calmo e quando pouca intensidade de luz.
2. Feche os olhos, e mantenha-os fechados durante o relaxamento.
3. Para cada um dos 16 grupos musculares, deve contrair os músculos durante 10 segundos e depois relaxar durante 40 segundos.
4. Deve interioriza e utilizar os seguintes passos para proceder ao relaxamento muscular:

16 Grupos Musculares

- **Mão e antebraço direito**

Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. Sente a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Braço direito**

Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sente a tensão no braço (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Mão e antebraço esquerdo**

Contrair e descontrair os músculos utilizando o procedimento descrito para os do lado direito.

- **Braço esquerdo**

Contrair e descontrair os músculos utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.

- **Parte superior da face (testa)**

Contrair os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sente a tensão na testa e no centro do couro cabeludo (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz)**

Contrair os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sente a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo)**

Contrair os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (10 seg). Sente a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Pescoço**

Contrair os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sente a tensão no pescoço (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Peito, ombros e parte superior das costas**

Contrair os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sente a tensão no peito, ombros e costas (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Abdómen**

Contrair os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sente o estômago tenso e apertado (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Coxa direita**

Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sente a tensão na nádega e na coxa (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Parte inferior da perna direita**

Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sente a tensão na barriga da perna (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Pé direito**

Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sente a tensão na palma do pé (10 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).

- **Coxa esquerda**

Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.

- **Parte inferior da perna esquerda**

Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.

- **Pé esquerdo**

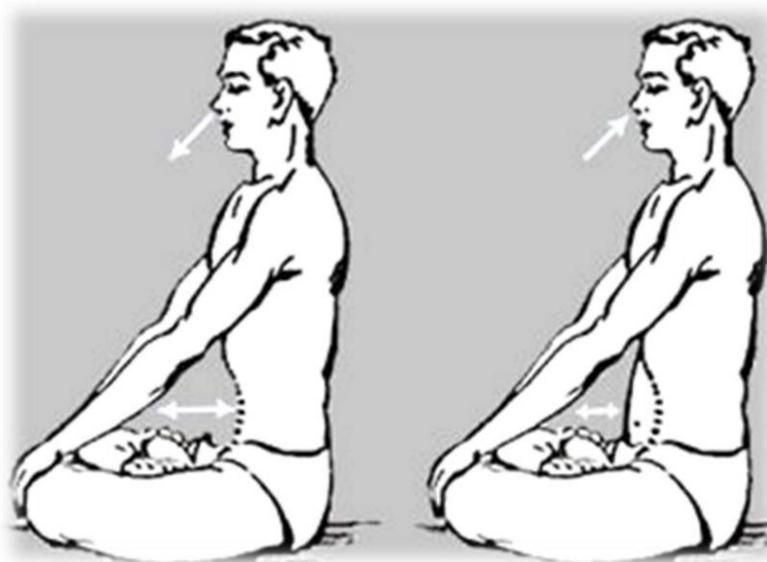
Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.

Respiração Diafragmática

A respiração diafragmática apresenta vários benefícios ao nível físico e psíquico, uma vez que permite uma maior entrada de oxigénio, estimulando a resposta de relaxamento, e conseqüente descida do nível de ansiedade.

Instruções

1. Sente-se numa posição confortável;
2. Inspire pelo nariz o máximo de ar que conseguir, e segure o ar nos pulmões cerca de 5 segundos;
3. Expire pela boca devagar e suavemente, de forma a libertar todo o ar dos pulmões;
4. Repita o procedimento, no mínimo 3 vezes.



Meditation and Muscle Relaxation, S. Cormier & B. Cormier; Relaxation Training, Goldfried & Davidson; Instruções do Treino de Relaxamento Progressivo, Bernstein & Borkovec, traduzido e adaptado por Catarina Dias, Gapsi – Gabinete de Apoio Psicopedagógico, FCUL.

Psicóloga Estagiária: Joana Oliveira,

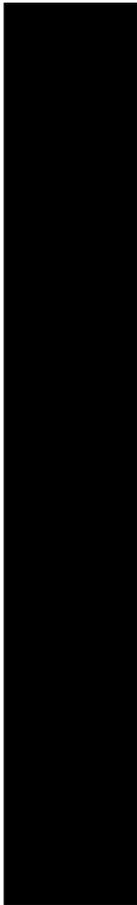
sob orientação de Dra. [REDACTED]

Anexo 13 – Estudo de Caso: Atividade: *“O que menos gosto e o que mais gosto em mim?”*

"O que menos gosto e o que mais gosto em mim?"

O que menos gosto em mim	O que mais gosto em mim
<p>• <u>DA IMAGEM</u></p> <p>De uma maneira geral do meu aspeto,</p> <p>Dei goldes -</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentir-me desiligente• Na cintura larga• Na barriga volumosa• Braços goldes• Cabelo tipo Bolacha - flauta• Um pouco do meu sorriso• Nada parece ficar bem• Falta de auto-Confiança• outro gosto muitas vezes	<p>Da minha boca do meu sorriso das minhas pernas dos meus pés do meu cabelo</p>

Anexo 14 – Estudo de Caso: Tabela de Automonitorização dos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva – 5 colunas



Dia da semana	Hora	Situação (que originou a vontade de comer? Ex.: "Ter a casa por arrumar")	Emoção/ Sentimento (Como me senti? Ex.: entusiasmada; ansiosa; angustiada;...)	Pensamento Automático (o que pensei? Ex.: "Tenho mesmo de comer!")	Comportamento (o que fiz? Ex.: "Comi duas bolachas"; "Não comi".	Emoção/ Sentimento (Como me senti depois? Ex.: aliviada, arrependida,...)
Segunda						
Terça						
Quarta						
Quinta						
Sexta						
Sábado						
Domingo						

Anexo 15 – Estudo de Caso: Tabela de Automonitorização dos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva – 6 colunas



Dia da semana	Hora	Situação (que originou a vontade de comer? Ex.: "Ter a casa por arrumar")	Emoção/Sentimento (Como me senti? Ex.: entusiasmada; ansiosa; angustiada;...)	Pensamento Automático (o que pensei? Ex.: "Tenho mesmo de comer!")	Comportamento (o que fiz?)	Emoção/Sentimento (Como me senti depois? Ex.: aliviada, arrependida,...)	O que podia de ter feito? Comportamento alternativo adaptativo
Segunda							
Terça							
Quarta							
Quinta							
Sexta							
Sábado							
Domingo							

Anexo 16 – Estudo de Caso: Tabela de Automonitorização dos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva – 7 colunas

Anexo 17 – Critérios do DSM-V preenchidos por C. para Perturbação Neurocognitiva Major devido a Doença de Alzheimer provável

Critérios do DSM-V preenchidos por C. para Perturbação Neurocognitiva Major devido a Doença de Alzheimer provável

- Estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira.
- Existe um início insidioso e uma progressão gradual do défice num ou mais domínios cognitivos.
- Estão preenchidos os critérios para possível ou provável doença de Alzheimer apresentados de seguida:
 1. Clara evidência de declínio da memória e da aprendizagem e de pelo menos um outro domínio cognitivo (com base na história clínica pormenorizada ou em testes neuropsicológico seriados).
 2. Declínio gradual, continuamente progressivo, da cognição, sem períodos estacionários prolongados.
 3. Não existe evidência de etiologia mista (isto é, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistémica que possa contribuir para o declínio cognitivo).