



Universidades Lusíada

Ferreira, Ana Filipa da Silva Iglésias

Adoecer com cancro : desafios do psicólogo clínico na área da psico-oncologia

<http://hdl.handle.net/11067/2251>

Metadados

Data de Publicação	2013-03-14
Resumo	O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica e teve, como entidade acolhedora, a instituição Liga Portuguesa Contra o Cancro Núcleo Regional do Noite, nomeadamente a Unidade de Psico-Oncologia. O estágio realizado nesta Unidade tem como temática central a doença oncológica e o apoio psicológico fornecido ao doente oncológico e aos seus familiares. Desta forma permitiu o envolvimento do estagiário com o funcionamento da Unidade de PsicoOncologia e as suas...
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Oncologia, Intervenção psicológica
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Relatórios

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T06:23:07Z com informação proveniente do Repositório

Aos meus Pais

Agradecimentos

Aos meus pais, Fátima e Secundino por todo o apoio incondicional, “mimo” e amparo que me deram, não só nesta última etapa de realização do estágio como também em todo o meu percurso desenvolvimental e académico, a eles lhes devo grande parte do que sou e é através deles que o significado de base segura e porto de abrigo ganham o seu verdadeiro sentido.

À Dra. Patrícia Gomes, por toda a paciência e disponibilidade, por todas as ventilações emocionais que me permitiu fazer, pela motivação, pela força, pelo modo incansável que sempre me apoiou e por todas as bases e posteriormente as “asas” para poder “voar” que me deu ao longo do meu percurso. Foi graças à sua orientação que a maior parte da minha identidade enquanto psicóloga e a tolerância face à adversidade tiveram lugar.

Ao Dr. Renato Martins pois sempre se mostrou disponível e atento ao meu trabalho e por me ter proporcionado um estágio verdadeiramente valioso e dotado de aprendizagens indiscutivelmente ricas.

À Professora Doutora Mariana Ramos pelo apoio e dedicação prestados ao longo de todo o meu percurso de estágio e pela orientação em toda a concepção deste relatório, por se mostrar sempre atenta e por me “guiar” sempre pelos melhores caminhos.

À Susana Carvalho, companheira de estágio, que se tornou numa verdadeira amiga. Agradeço todas as horas a ouvir-me, todos os desabafos ao longo do meu percurso de estágio e pelo verdadeiro sentido de companheirismo e trabalho de equipa que me proporcionou.

À Ana Rita Mesquita, por ter sido uma grande base segura e lugar tranquilo. Pela ajuda proporcionada e por estar sempre disponível para ouvir as minhas dúvidas e inseguranças, desfazendo-as na maior parte das vezes e por ter sido um dos meus modelos a seguir enquanto psicóloga.

À Raquel Quadrado e à Eloísa Fernandes pela partilha de opiniões, pelo auxílio, pela prontidão sempre mostradas e pelos conselhos e calma que sempre me transmitiram.

Ao Dr. Tiago Dias pela boa disposição com que sempre me acolheu desde a minha primeira entrada na instituição e por fazer com que este percurso, muitas vezes dotado de situações difíceis de gerir, fosse mais fácil de realizar.

À minha madrinha Rosária Veloso por estar sempre presente e pela grande aceitação e carinho com que sempre abraçou as minhas escolhas.

À minha prima Rita Veloso, porque desde pequena, na altura o meu modelo, acabou por me inspirar a ser psicóloga mesmo sem eu saber bem naquela altura do que realmente se tratava.

Aos meus primos Nuno Veloso e Inês Veloso por serem uns verdadeiros irmãos para mim.

À Ângela Silva, Deolinda Silva (“Lindinha”) e Maria Arminda Silva (“Mimi”), minhas “irmãs”, pelas longas conversas, conselhos e grande carinho que sempre me deram não só ao longo do meu percurso académico, como também ao longo de toda a minha vida.

À Maria Fernanda Silva (“Mãe Nanda”), minha segunda mãe, por me ter proporcionado um lugar, desde pequena, ao qual eu também posso chamar de lar.

À minha melhor amiga Helena Salgado, pela grande paciência, pela grande ternura e disponibilidade para mim, demonstradas nos meus momentos de fraqueza, por sempre me apoiar sem nunca hesitar e por ser um dos meus portos de abrigo.

Ao Hugo Moreira e ao Miguel Regala, por estarem sempre presentes e atentos ao meu percurso e por estarem sempre comigo em todos os momentos importantes da minha vida.

Ao Diogo Ribeiro pelo apoio e pela grande amizade e confiança que sempre depositou em mim.

À Marlene Marques, Bárbara Pereira e Susana Braz por terem sido mais do que colegas de curso, verdadeiras amigas, confidentes e conselheiras, por me terem sempre apoiado e me ouvido ao longo de muitas horas e por terem feito do meu percurso académico algo dotado de muitas gargalhadas, boa disposição, partilha e ajuda.

Por último, gostaria ainda de dedicar, em parte, este relatório e percurso académico ao meu padrinho, Francisco Veloso, que estando ele onde estiver, finalmente lhe consegui “provar” que a Psicologia não se “tira pelos jornais” e que esta realmente existe e tem um impacto a nível humano verdadeiramente significativo.

Índice	
Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Introdução	7
Parte I – Caracterização do local de estágio	9
1.Apresentação da Instituição	10
1.1. Função do Psicólogo na Unidade de Psico-Oncologia	13
Parte II – A Doença Oncológica: Perspectiva Biológica, Psicológica e Social	16
1.O cancro – Impacto e Especificidades	17
1.1.O Impacto da Doença Oncológica no Contexto Familiar	20
2.Psico-Oncologia – Definição, Objectivos e Domínios de aplicação	25
2.1.O Ciclo Psico-Oncológico e Implicação para a Intervenção Psicológica	30
2.2.A importância e pertinência da Psico-Oncologia	46
2.2.1.Os domínios da Psiconeuroimunologia	52
2.3.A aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental – Razões e seus efeitos	54
Parte III – Apresentação e descrição de actividades em contexto de estágio	57
1.Objectivos e relevância das actividades realizadas	58
Parte IV – Formulação e conceptualização de casos clínicos	67
1.Caso Clínico L.	68
2.Caso Clínico M.	104
Parte V – Reflexão final	130
Reflexão final	131

Referências Bibliográficas	134
Anexos	138
Anexo A – Guião de Consulta Psicológica	139
Anexo B – Trabalhos realizados no estágio	152
Anexo C – Apresentação de temática – Perturbação Hipocondríaca	162

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica e teve, como entidade acolhedora, a instituição Liga Portuguesa Contra o Cancro, Núcleo Regional do Norte, nomeadamente a Unidade de Psico-Oncologia.

O estágio realizado nesta Unidade tem como temática central a doença oncológica e o apoio psicológico fornecido ao doente oncológico e aos seus familiares. Desta forma permitiu o envolvimento do estagiário com o funcionamento da Unidade de Psico-Oncologia e as suas variadas valências, bem como a realização de formações e actividades que não se prenderam apenas com o contexto de consulta clínica. Teve como principais objectivos dotar o estagiário de competências de elaboração de relatórios clínicos; planeamento de estratégias de intervenção e de observação de consultas. Promoveu a oportunidade de contactar com as especificidades da temática central, não só a nível biológico como também a nível psicológico e psicossocial, tendo sido proporcionado ao estagiário a elaboração de trabalhos escritos acerca do tema, bem como a participação em acções de sensibilização e formações associadas à doença oncológica. O desenvolvimento do estágio passou, assim pela realização de consulta psicológica em contexto de consultório, bem como pela elaboração de actividades relacionadas com a temática do cancro.

No contexto de consultas houve a passagem por três momentos distintos, nomeadamente a observação de consultas, a condução de consultas pelo estagiário com supervisão directa do orientador e por fim a condução de consultas pelo estagiário sem supervisão directa. Neste sentido, o trabalho apresentado pretende descrever, apresentar e explorar todo o percurso e desenvolvimento do estágio na Unidade de Psico-Oncologia da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Visa, também fornecer uma apresentação, planificação, formulação e conceptualização de casos clínicos acompanhados nesse contexto. Muito mais do que a mera descrição e exploração, é pretendido apresentar uma longa caminhada, um percurso desenvolvimental dotado de desafios, dúvidas, incertezas e grandes aprendizagens que fizeram parte de uma etapa tão crucial e decisiva na vida de um estagiário.

O relatório foi dividido em quatro partes principais. Numa primeira parte irá ser feita a apresentação da instituição fazendo-se a sua caracterização e da sua história, bem

como do surgimento da Unidade de Psico-Oncologia. O papel e função do psicólogo na presente unidade e os seus objectivos gerais serão também aqui contemplados.

Visto este contexto ter uma ligação directa com a temática do cancro e o doente oncológico, bem como a sua família, numa segunda parte irão ser abordados os temas relacionados com a doença oncológica e o seu impacto tanto a nível biopsicossocial como também os domínios, objectivos e definição da própria Psico-Oncologia. Nesta parte será, também feita uma abordagem ao ciclo Psico-Oncológico. Este não pode ser de todo deixado de parte visto, haver a noção de que existem determinadas especificidades e características associadas ao portador da doença e também aos seus familiares. Existe assim, um padrão de comportamento mais ou menos geral associado a esse público-alvo, como também estratégias de intervenção associadas a cada estágio do ciclo, não querendo dizer contudo, que esse ciclo e as fases a si associadas sejam estáveis e estanques, permanecendo assim o conceito de que “cada caso é um caso”.

A segunda parte do relatório contempla ainda uma exploração da pertinência e importância da Psico-Oncologia, permitindo, desta forma a sua justificação e sentido na temática da doença oncológica. Inclui igualmente uma exploração do impacto da Psico-Oncologia no sistema imunológico, nomeadamente a relação existente entre a psiconeuroimunologia e o cancro. Um último tema abordado neste ponto prende-se com a intervenção no doente oncológico e o privilégio dado à terapia Cognitivo-Comportamental como forma de intervir neste contexto.

Uma parte seguinte do relatório será dedicada à apresentação e descrição das actividades desenvolvidas no âmbito de estágio, dos seus objectivos, pertinência, relevância e competências desenvolvidas após a sua realização. Segue-se depois, por último, uma parte dedicada à apresentação, formulação e conceptualização de casos, onde irão ser apresentados dois casos clínicos. Os casos serão trabalhados e explorados com base na sua formulação clínica, conceptualização e estratégias de intervenção adoptadas para cada um deles.

Parte I

Caracterização do local de estágio

1. Apresentação da Instituição

A Liga Portuguesa Contra o Cancro, instituição que acolheu o presente estágio curricular, teve como origem a conjugação de uma panóplia de factores psicossociais, que ajudam a contextualizar a sua origem.

No final do século XIX, comprovou-se que a nível mundial, a causa do crescente absentismo nas empresas e postos de trabalho era um leque de doenças, estando entre elas, o Cancro. Assim, e com vista a combater esta doença, em todo o mundo procedeu-se à criação de organismos que permitissem o combate ao Cancro, que além de ter associado a si uma elevada taxa de mortalidade, passou a ser associado a um grande estigma para os portadores desta doença.

No ano de 1923, em Portugal, foi criado o Instituto Português para o estudo do cancro, tendo como preconizador o Prof. Doutor Francisco Gentil. A legislação deste Instituto ficou a cargo de António Régio, sendo o primeiro pavilhão deste Instituto Português de Oncologia (IPO) inaugurado em 1927 na cidade de Lisboa.

Em 1931, devido à preocupação e ênfase dado à doença oncológica, bem como à forte expansão da mesma e a evolução dos cuidados médicos prestados, Mécia Mouzinho de Albuquerque e a Condessa de Murça, entre outras, criaram a Comissão Iniciativa Particular de Luta Contra o Cancro. Em dez anos, conseguiu-se desenvolver um trabalho muito inovador para a época corrente, havendo assim, a associação entre a ideia da prevenção do cancro e a promoção da saúde. Estas mesmas pessoas organizaram ainda peditórios e cativaram muitas pessoas influentes que se associaram a esta mesma causa.

Em 1941, dia 4 de Abril e sendo proposto pelo Prof. Doutor Francisco Gentil, foi fundada legalmente a Liga Portuguesa Contra o Cancro, tendo esta por base dois princípios fulcrais, a Humanização e a Solidariedade.

Através da necessidade percebida para intervir a nível nacional no estudo científico do cancro, na difusão de meios técnicos de combate à doença e no auxílio aos trabalhos de investigação desenvolvidos nos laboratórios dos Instituto Português de Oncologia, procedeu-se à regulamentação e à criação de Núcleos Regionais, nomeadamente, Açores, Centro, Madeira, Norte e Sul, previstos nos seus Estatutos, acontecendo isso em 1965.

Com a evolução da focalização dos recursos na atenção dada ao doente e à sua família, por um lado, e por outro na detecção precoce da doença, originou-se uma das mais importantes iniciativas desta Instituição, o Programa Nacional de Rastreio de Cancro da Mama. Este programa tem proporcionado o salvamento de vidas, a preservação das famílias e o próprio fortalecimento da sociedade.

Há também um reconhecimento dos organismos do Estado e da Sociedade Civil, ao longo dos anos em que esta Instituição foi criada, de que a mesma exerce um papel fundamental a nível social sendo que em 1985 foi declarada como Instituição de Utilidade Pública, pelo Primeiro-Ministro.

Assim, a Liga Portuguesa Contra o Cancro trata-se de uma associação cultural e de serviço social, privada e declarada de utilidade pública, que promove a prevenção primária e secundária da doença oncológica, o apoio social e a humanização da assistência ao doente oncológico e também, a formação e investigação na área da oncologia. Apresenta como objectivos a divulgação de informação sobre o Cancro e a promoção da Educação para a Saúde, no que diz respeito à sua prevenção; contribuição na resolução da situação dos doentes oncológicos em todas as fases da história natural da doença; cooperação com as Instituições envolvidas na área da oncologia, tais como, os centros do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil; estimulação e apoio à formação e à investigação em oncologia; estabelecimento e perpetuação das relações com Instituições congéneres, nacionais e estrangeiras; contribuição no apoio social e na humanização da assistência ao doente oncológico e por último, o desenvolvimento, isoladamente ou em colaboração com outras entidades, de estruturas para a prevenção primária, diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença oncológica.

Esta instituição, além de acolher a Unidade de Psico-Oncologia desenvolve várias actividades e programas possuindo ainda serviços de carácter público e humanitário. Assim a Liga Portuguesa Contra o Cancro inclui programas de Educação para a Saúde e desenvolve acções de Voluntariado e Humanização. Os programas de Educação para a Saúde incluem iniciativas destinadas principalmente a jovens em idade escolar e os objectivos passam pela consciencialização da realidade do cancro e informação quanto ao seu tratamento, prevenção e cura. O trabalho de Voluntariado e Humanização é feito não só em contexto hospitalar mas também noutras valências como campanhas de promoção de hábitos saudáveis e prevenção do cancro. Está associado ao Voluntariado

acções como “Um dia pela vida” que permite colocar as pessoas a partilharem preocupações e a falarem sobre o cancro desmontando mitos relacionados com a doença. Esta acção alerta igualmente para a prevenção e transmite mensagens de esperança na cura do cancro. Está também vinculada à instituição, o “Movimento Vencer e Viver” que se trata de um movimento de entre-ajuda que objectiva apoiar todas as mulheres, familiares e amigos desde o momento do diagnóstico de cancro da mama. Assenta no contacto pessoal entre a mulher com cancro da mama e uma voluntária que também experienciou esse processo; a associação MovPlar (laringectomizados) que visa dar apoios a todos os doentes laringectomizados através da partilha de experiências pessoais por via de convívios organizados pela associação e a “Linha Cancro” que é um dos apoios que a Liga Portuguesa Contra o Cancro fornece aos doentes e familiares e tem como objectivos informar e esclarecer as dúvidas dos doentes e de familiares no que diz respeito à doença oncológica. Esta instituição realiza ainda rastreios ao cancro da mama a mulheres encaminhadas pelos centros de saúde da zona do grande Porto.

Por se tratar de uma instituição não-governamental sem fins lucrativos e habilitada a receber donativos, a Liga Portuguesa Contra o Cancro também promove angariação de fundos. Esta actividade visa fornecer apoio financeiro para o desenvolvimento de actividades de prevenção primária e secundária do cancro; para o apoio à formação e investigação em oncologia e apoio social aos doentes oncológicos e familiares. Esta instituição fornece apoio à investigação e formação a centros de investigação através de patrocínios ou disponibilizando bolsas que permitam o desenvolvimento de projectos inovadores e com aplicação clínica. Esse apoio passa também pela promoção de condições necessárias para que centros universitários e instituições hospitalares criem condições para a investigação na área oncológica.

A efectividade destas actividades e programas que a Liga Portuguesa Contra o Cancro desenvolve são da responsabilidade dos Núcleos Regionais, com autonomia administrativa e financeira que intervêm em toda a área nacional e em áreas geográficas definidas.

Tal como mencionado anteriormente o presente estágio foi realizado na Unidade de Psico-Oncologia. Esta surgiu com vista a dar resposta aos deficits existentes em Portugal no que diz respeito ao acompanhamento psico-emocional do doente com

cancro e dos seus familiares, estando em parceria com a AMGEN Foundation. A AMGEN Foundation trata-se de uma empresa pioneira no desenvolvimento de medicamentos inovadores resultantes dos avanços científicos da tecnologia do ADN recombinante e biologia molecular. Foram constituídas em Portugal, inicialmente duas Unidades de Psico-Oncologia (Porto e Coimbra) que, posteriormente passaram a cinco Unidades. Actualmente estão em funcionamento as Unidades do Porto, Coimbra, Lisboa, Vila Real e ainda mais recentemente (2011), a unidade de Barcelos. Estas Unidades são constituídas por uma vasta equipa de Psicólogos Clínicos que têm como objectivo o fornecimento de apoio psicológico especializado, de forma gratuita, a todos os doentes oncológicos residentes em Portugal continental e também aos seus familiares.

As várias Unidades de Psico-Oncologia da Liga Portuguesa Contra o Cancro fornecem diversas modalidades de apoio psicológico, designadamente: a Psicoterapia Individual, a Terapia de Casal, a Psicoterapia de Grupo, e Grupos de Auto-ajuda.

É importante também salientar que mesmo após o falecimento do doente oncológico é permitida a continuação da prestação de cuidados aos familiares e seu acompanhamento, mantendo-se o mesmo por tempo indefinido. Aqui estão inseridas estratégias de superação das distintas fases de luto e acompanhamento das consequências psicológicas que podem estar tanto directa como indirectamente associadas à perda. Por último, seria proveitoso ainda referir que esta estrutura descentralizada permite uma adequação às características próprias de cada zona geográfica e das suas populações.

1.1.Função do Psicólogo na Unidade de Psico-Oncologia

A função do psicólogo na Unidade de Psico-Oncologia passa pela condução de consultas nas diversas modalidades acima descritas, tanto a doentes como a familiares oncológicos e tudo o que essa condução implica, como elaboração de relatórios clínicos, planeamento de estratégias e objectivos de intervenção. No âmbito das consultas de Psico-Oncologia e no contacto directo com o paciente, o psicólogo tem como função:

- Avaliação compreensiva do paciente e da sua família integrando os factores médicos, psicológicos e sociais de forma a despistar possível psicopatologia que possa vir a

comprometer a adaptação do paciente e do familiar à doença. Identificação de problemas no funcionamento e necessidades do paciente que são dignas de intervenção psicológica;

- Avaliar histórias de problemas psiquiátricos anteriores à doença, como também conflitos familiares e pessoais constituindo-se assim como pacientes em risco, pois estas condições podem agravar após o diagnóstico;

- Esclarecer o paciente quanto à informação médica relacionada com a sua doença e tratamentos, isto é, psico-educação;

- Ajudar o paciente na adaptação à sua doença em todas as fases que passa do Ciclo Psico-Oncológico;

- Tratar sintomatologia ansiosa, medos e alterações comportamentais que decorrem do diagnóstico de cancro e de tudo o que este implica, desde tratamentos a efeitos secundários físicos e psicológicos;

- Atenuar e tratar os efeitos secundários dos tratamentos, tais como a dor, insónias, perturbações sexuais, alopecia, náuseas e vômitos antecipatórios;

- Intervir nos conflitos familiares que a doença pode acarretar, atenuando-os e mediando-os;

- Intervir com o doente ou seus familiares no sentido de facilitar a comunicação, cooperação e cumprimento das recomendações da equipa médica;

- Intervir no sentido de tratar os conflitos que possam advir entre o doente e a sua família e a equipa médica;

- Proporcionar uma melhor adaptação do doente após os tratamentos de cancro, ajudando na adaptação às alterações sofridas pelo paciente após a doença;

- Intervir em processos de luto com os familiares de doentes oncológicos;

- Ajudar o paciente a recorrer a redes de apoio e de suporte social, ajudando-o a identificar os recursos disponíveis, nomeadamente centros de apoio a doentes oncológicos.

Fora do contexto de consulta psicológica, o psicólogo também tem como função a participação e colaboração nas diversas acções e actividades levadas a cabo pela Unidade, tais como campanhas de sensibilização para a prevenção da doença oncológica e informação sobre modalidades de tratamento; participação activa nas reuniões de serviço destinadas a discussão de casos clínicos e apresentações de temáticas psicopatológicas associadas ao doente oncológico que a Unidade leva a cabo quinzenalmente. Desta forma, o papel do psicólogo nesta instituição vai muito mais além da condução de consultas e do contexto de consultório não passando apenas pelo contacto directo com o próprio doente existindo um trabalho exaustivo e de pesquisa fora do contexto de consulta. Existe assim, uma componente dinâmica e proactiva entre todos os técnicos de forma a promover uma maior coesão facilitando desta forma a assistência e sua adequação da intervenção e apoio dados a todos os pacientes que se dirigem à Unidade.

A temática do Cancro é o sentido e rumo de toda a instituição e Unidade de Psico-Oncologia. Desta forma, na segunda parte deste relatório irá então ser feita uma abordagem às especificidades e ao impacto biopsicossocial da doença oncológica. Visto o trabalho do Psicólogo nesta mesma instituição ser predominantemente caracterizado dentro desta temática, será assim pertinente, lógico e crucial que este profissional domine, tome conhecimento e esteja familiarizado com toda a envolvência da doença oncológica, todo o seu alcance a nível social, psicológico e biológico, bem como do impacto sentido na população que tão de perto contacta com esta problemática. É necessário e crucial assim, que o Psicólogo se muna de ferramentas, conhecimento e capacidade de manuseamento de todas estas características e lugares comuns abrangentes na doença oncológica. Só assim fará sentido a sua existência e trabalho neste contexto, para que desta forma todo o apoio prestado seja dotado de credibilidade e confiança, procurando sempre o melhor para o doente e seus familiares.

Parte II

A Doença Oncológica: Perspectiva Biológica, Psicológica e Social

1.Cancro – Impacto e Especificidades

Sendo a temática da doença oncológica o pilar de todo o desenvolvimento do contexto de estágio, podendo-se dizer que a mesma será quase como que o mote e o “cimento” que liga toda a intervenção do psicólogo nesta área, fará todo o sentido que o cancro seja, desta forma apresentado e contextualizado num momento inicial do presente relatório. Assim, é pertinente que o Cancro seja abordado não só numa perspectiva biológica, genética ou meramente médica, mas sim apresentado com todas as suas especificidades biopsicossociais, encarado numa perspectiva holística de todo o seu impacto no ser humano que de tão perto convive com esta problemática, algo que foi possível de se tornar cada vez mais evidente e cada vez mais claro ao longo do percurso e desenvolvimento do estágio.

De uma forma breve, o Cancro pode ser caracterizado:

“por uma colecção de muitas doenças que partilham características comuns. O cancro é largamente visto como uma doença de origem genética causada por mutações do DNA, que fazem com que a célula se multiplique incontrolavelmente.” (Bower & Waxmen, 2006, p.13).

O descontrolo e rápido crescimento celular são os indutores da formação tumoral (Kastan & Skapek, 2001, citado por Santos, 2003).

Numa perspectiva molecular segundo Bower e Waxmen (2006), o Cancro ou as células cancerígenas possuem seis particularidades, nomeadamente a sua auto-suficiência em estímulos de crescimento, ou seja, não param de se duplicar e reproduzir; possuem uma insensibilidade aos estímulos inibidores da sua duplicação e reprodução; não são alvo do fenómeno de apoptose, isto é, não morrem; são imortais; têm a particularidade de sofrerem de neo-angiogénese, ou seja, não envelhecem e por último, são invasoras e possuem a capacidade de se metastizarem, sendo de referir que por metastização entende-se o alastramento e invasão das células cancerígenas a outras áreas do organismo. Assim, sendo o cancro predominantemente caracterizado pelo seu rápido crescimento e alastramento a células vizinhas, tratando-se de uma doença

potencialmente mortal, torna-se crucial, os comportamentos em prol da sua prevenção e detecção precoce.

Vários autores possuem visões semelhantes em relação ao impacto da doença oncológica no indivíduo havendo, sem dúvida um grande consenso sobre esta questão. Assim, o cancro é considerado uma das doenças que mais estigma social embarca havendo um grande medo desta doença por parte da sociedade (Matos & Pereira, 2002). O diagnóstico de um cancro implica inevitavelmente alterações físicas e psicológicas para quem de perto convive com ele e é considerado como um factor stressor tanto ambiental como psicofísico. A doença oncológica implica no doente mudanças e transformações complexas ao longo de todas as fases da doença, sendo que existe uma exigência de respostas adaptativas do próprio doente. Todas estas condições inserem-se num contexto social em que a forte associação do cancro à morte e ao sofrimento está presente (Peçanha, 2008). Além desta aproximação e associação com a morte e o próprio sofrimento, trata-se igualmente de um processo doloroso, lento, progressivo e por vezes mutilante, sendo que o cancro de todas as doenças é aquele que mais embarca consigo um impacto psicológico altamente significativo (Silva & Mello-Santos, 2008). Segundo Keitel e Kopala (2000) e Safarino (2002, citado por Santos, 2003) quando um diagnóstico de cancro é feito, este embarca consequências inevitáveis no bem estar-emocional do doente. Vários estudos levados a cabo por Bishop (1994, citado por Santos, 2003) apontam para ansiedade, depressão, cólera, vergonha e baixa auto-estima como consequências do conhecimento deste diagnóstico.

A doença oncológica, ao longo do seu desenvolvimento, tem a capacidade de causar no doente sintomas físicos e alterações funcionais, o que por vezes pode levar a incapacidades no indivíduo, nomeadamente disfunção sexual e alteração da imagem, consequências essas que põem em causa o próprio auto-conceito do indivíduo (Bishop, 1994; Greer, 1999; Miranda & Ribeiro, 1996; Pfeifer, 2000a citado por Santos, 2003). Não só as consequências físicas afectam o indivíduo como também as várias formas de tratamentos. Assim, os tratamentos também provocam alterações físicas e emocionais. No que diz respeito à cirurgia, que tem por base a remoção de grandes áreas teciduais, tendo como objectivo remover o tumor e evitar a sua metastização, leva muitas vezes a incapacidades funcionais no indivíduo e alterações significativas da sua imagem, como também na função de determinada área (Santos, 2003).

A radioterapia não só destrói as células cancerígenas como também provoca lesões nos tecidos de células normais e sem alterações o mesmo acontece com a quimioterapia, sendo este último tratamento feito com substâncias químicas com o intuito de destruir o funcionamento celular e a sua divisão. Tanto uma modalidade como a outra possui efeitos secundários, nomeadamente fadiga, náuseas e vômitos, anorexia e perda de apetite, emagrecimento, xerostomia (secura extrema da mucosa bucal), obstipação ou diarreia, cáries dentárias, lesões cutâneas que podem passar por secura, irritabilidade e aumento da sensibilidade, aumento da vulnerabilidade às infecções e redução do funcionamento medular ósseo (Santos, 2003).

Um dos efeitos preponderantes e que está frequentemente associado a todo o curso da doença é a dor e constitui-se igualmente como o factor que os doentes mais recebem ao longo de todo o processo (Matos & Pereira, 2002). A dor oncológica é um sintoma preponderante, estando mais associada a fases mais avançadas da doença. O tratamento da dor é feito por associação de fármacos e existem clínicas especializadas no seu tratamento, em que a dor é eficazmente tratada, sendo que tratamentos como o relaxamento, a massagem, a distração e a hipnose servem para atenuar esta sintomatologia (Santos, 2003).

Também o *stress* é um factor que frequentemente vem implicado na doença oncológica e no próprio tratamento da doença. Este pode ser consequência do tratamento do cancro podendo comprometer a sua própria eficácia. Esta implicação será abordada de uma forma mais pormenorizada num momento mais avançado deste relatório, no ponto reservado ao papel da psiconeuroimunologia.

Tal como a dor e o *stress* estão fortemente associados e implicados na doença oncológica, o apoio social também exerce grande influência em toda a vivência do cancro. O apoio social é muito importante no que concerne ao impacto que tem na recuperação da saúde física tendo influência positiva na redução da duração e dos efeitos da doença (Bloom, Kang & Romano, 1991 citado por Matos & Pereira, 2002).

Além do impacto físico e psicológico do cancro, a doença oncológica acarreta consigo também implicações em toda a envolvência e contexto do indivíduo, mais concretamente na sua família tendo um grande impacto em toda a dinâmica familiar. Sendo o cancro implicativo de alterações biopsicossociais, falar apenas do indivíduo e de toda implicação da doença a nível individual, seria “pobre” no que concerne a toda a

multiplicidade de implicações que a doença tem na família e o seu papel crucial em todas as fases da doença oncológica.

1.1.O Impacto da Doença Oncológica no Contexto Familiar

De acordo com a Teoria Geral dos Sistemas, a família é definida como um todo, um sistema tendo que ser encarada holisticamente. Apenas através dessa noção de sistema holístico é que a família pode ser percebida e concebida na sua totalidade. Cada família é única e complexa e nenhuma é igual à outra (Relvas, 2000).

De acordo com Gameiro (1992), a família é uma rede relacional e emocional complexa e devido a essa complexidade não pode ser entendida da mesma forma que comumente se entende o ser humano individualmente. Assim, as próprias estratégias aplicadas a nível individual não permitem a compreensão da família nem a sua avaliação. A família é um sistema incluído noutros sistemas, ou seja é um todo mas também é uma parte desse todo, todo esse que pode ser a sociedade ou a comunidade. A família tem inserido em si subsistemas mais pequenos ou totalidades em que a sua unidade menor é o indivíduo. Minuchin e Fishman (1981, citado por Relvas, 2000) apelidaram essas unidades do sistema familiar de “holão”, assim esse “holão” é uma totalidade mas também uma parte do todo que é o sistema familiar e dessa forma um não é afectado sem que o outro também o seja e assim sucessivamente. Desta forma, quando algum subsistema, ou algum membro da família sofre alterações todos aqueles que nela se inserem e que de alguma forma estão envolvidos nesse membro também são influenciados e sofrem alterações (Minuchin & Fishman 1981, citado por Relvas, 2000).

No caso da doença oncológica, ou da vivência do cancro, a família será definida muito mais do que biologicamente, para se definir interactivamente, trata-se um círculo de interacção selectiva onde a pessoa que está doente vai estabelecer relações de interacção, troca informações, havendo assim vínculos fortes, pessoais e de reciprocidade. Aqui não existe só a família directa a exercer essas funções, ou seja, pessoas com ligação afectiva ao doente e amigos podem fazer parte de toda a vivência da doença oncológica e do seu tratamento. Neste sentido, torna-se crucial que quando se pretende tratar uma família com um doente oncológico, que se conheça a família do paciente com cancro e quem o mesmo identifica como tal (Franco, 2006).

Segundo Franco (2006) a família poderá então, ser definida com base em cinco dimensões, a saber:

“a) padrões de confiança; b) fronteiras entre os membros individuais da família e também entre a família como um todo e o restante mundo; c) flexibilidade de papéis dentro da família; d) alianças nos subsistemas da família; e) regras familiares” (Franco, 2006).

Sendo o indivíduo influenciado pelas alterações que afectam a sua família e sendo a família também afectada pelas alterações e acontecimentos na vida do sujeito que nela se insere, inevitavelmente o aparecimento de cancro num dos membros da família irá, então, surtir efeito na própria. Segundo Pereira (2002), o cancro não se resume apenas aos efeitos no indivíduo a quem o diagnóstico foi feito, estende-se também à sua família, amigos e frequentemente a toda a envolvência do indivíduo que está empenhada no seu tratamento.

O cancro pode ter dois efeitos na família no que concerne à sua dinâmica, ou seja, numa família a doença leva a que esta se aproxime e se una, e noutras pode originar o afastamento entre os membros, sendo que não existe indiferença perante esta problemática (Pereira & Lopes, 2002).

Apesar de haver famílias em que a doença tem um efeito negativo nos seus membros promovendo o seu afastamento, a maior parte das famílias consegue ser resiliente. No entanto e segundo estudos, num terço das famílias de doentes adultos com cancro, as esposas e os filhos dos pacientes exibiam níveis de *stress* e de perturbações psicossociais com significância clínica (Maguire, 1991; Northouse & Swain, 1987; Omne-Ponten & col., 1993, citado por Pereira & Lopes, 2002). Foi possível ainda verificar que nalgumas famílias, os membros desenvolviam sintomatologia física anormal, bem como comportamentos e emoções igualmente perturbadas (Baider & Kaplan de Noure, 1984, citado por Pereira & Lopes, 2002).

O indivíduo que se depara com a doença oncológica tem que se reajustar tem que reestruturar a sua vida de forma a fazer face a essa nova condição embarcando assim em várias mudanças que passam pelo seu dia-a-dia e pelas coisas mais simples, como: a

higiene pessoal, a dieta alimentar entre outros. As mudanças de comportamento e os efeitos que advêm dos tratamentos da doença são também algo ao qual o doente se terá que adaptar (Nezu & col., 1998, citado por Pereira & Lopes, 2002).

O impacto emocional que a doença acarreta é algo que também se tem que lidar, bem como as mudanças na actividade profissional do doente ou até a sua cessação. Há casos em que as dificuldades económicas têm lugar e as dificuldades relacionais interpessoais, medos da morte e sentimentos de culpa podem igualmente aparecer. Todos estes reajustes e mudanças afectam inevitavelmente a família do doente, aqui o impacto não só é a nível individual mas sim estendido a todo o contexto em que o indivíduo está inserido. A dinâmica e a qualidade de vida do indivíduo é afectada, bem como todo o seu contexto familiar (Nezu & col., 1998, citado por Pereira & Lopes, 2002)

A qualidade das relações familiares e da coesão da família, antes de se instaurar a doença, influenciam a forma como o cancro a afecta. As famílias coesas com baixo conflito incluem esposas/maridos e filhos com menor *stress* e melhor adaptação e estratégias adaptativas em comparação com famílias em que a coesão é fraca ou com muitos conflitos, essas famílias exibem níveis de stress mais elevados e pior adaptação à problemática oncológica (Arpin & col., 1990; Fritz, William & Amylan, 1998, citado por Pereira & Lopes, 2002).

A vivência com a doença provoca alterações nas rotinas familiares, nas regras e rituais, bem como no próprio desempenho de papéis familiares. Surgem novas responsabilidades e novos papéis a serem desempenhados. Muitas das vezes o doente perde a sua autonomia, precisando assim de ajuda da família para realizar determinadas tarefas. O facto de haver um acrescento de papéis a serem desempenhados pelos membros poderá causar distúrbio numa família que por norma já é ocupada (Lewis, 1989, citado por Pereira & Lopes, 2002). De referir ainda que, o paciente precisará muitas vezes de ajuda dos amigos e familiares para se ocuparem das suas necessidades básicas, como preparação de refeições e higiene pessoal, acompanhamento às consultas e sustentação económica (Pereira & Lopes, 2002). A família fica como principal cuidador do doente o que afectará a sua dinâmica e os papéis desempenhados pelos membros, algo possível de se verificar logo pelo facto de o doente deixar de ter o seu papel habitual na família, passando para o papel de doente.

É pertinente também referir que, a família encontra-se presente em todas as fases da doença oncológica, fases essas que irão ser descritas de forma mais pormenorizada no ponto referente ao Ciclo Psico-Oncológico. A família envolve-se na problemática mesmo antes do diagnóstico, ou seja, numa fase de pré-diagnóstico. A mesma encontra-se inserida na observação e avaliação de um sintoma do seu membro realizando esforços para a sua desmistificação e solução, encontra-se também envolvida quando lhe é pedido um parecer, por parte do paciente, para decidir determinado comportamento (Franco, 2006). A família encontra-se assim, em todos os estádios da doença, tendo estes estádios um impacto e influência neste sistema (Franco, 2006).

Existem factores facilitadores e factores que complicam toda a forma como a família enfrenta a doença e desenvolve as suas estratégias de *coping* para lidar com a problemática. Além da alta coesão e níveis de conflito baixos anteriormente referidos como influenciando positivamente as respostas à problemática, segundo Franco (2006, Temas em Psico-Oncologia, pp.358-372)

“a estrutura familiar flexível que permita o reajuste de papéis; a boa comunicação com a equipa profissional e entre os membros da família; o conhecimento dos sintomas e ciclo da doença; a participação nas diferentes fases, para obter senso de controlo e os sistemas de apoio informal e formal disponíveis”

constituem-se como os factores facilitadores de respostas adaptativas. Também, além de uma coesão baixa e níveis de conflitos altos, e ainda segundo o mesmo autor:

“os padrões de relacionamento, interacção, comunicação e solução de problemas; os sistemas de suporte formal e informal não existentes ou ineficazes; as outras crises familiares simultâneas à doença; a falta de recursos económicos e sociais, cuidados médicos de pouca qualidade e dificuldade de comunicação com a equipa médica e as doenças estigmatizantes e pouca assistência”

constituem- se igualmente como factores que complicam a adaptação saudável à doença oncológica.

Em suma, é indiscutível o impacto que a doença oncológica exerce na família, bem como o carácter óbvio desse impacto e influência. Mais uma vez, sendo o indivíduo, um ser holístico e em permanente interacção com o seu meio é inevitável que aquilo que o atinge também se estenda ao seu sistema envolvente e vice-versa. A família mostra ser efectivamente um factor preponderante em toda a vivência de cancro e por isso a necessária intervenção não só no doente como também na família, permitindo assim a criação ou o restabelecimento do equilíbrio familiar, favorecendo a recuperação do doente, bem como o bem-estar do seu contexto familiar. Justifica-se, assim a extensibilidade da Psico-Oncologia e da Unidade, aos familiares, bem como todos os domínios de actuação e pertinência da mesma no doente oncológico e na sua família.

2.Psico-Oncologia – Definição, Objectivos e Domínios de aplicação

Sendo, mais uma vez a temática da doença oncológica dotada de influências preponderantes no indivíduo que de uma maneira ou outra se depara com esta doença, torna-se assim pertinente abordar a Psico-Oncologia, trabalho quase que primário no presente contexto de estágio.

A Psico-Oncologia trata-se de uma área de conhecimento proveniente da Psicologia da Saúde aplicada aos doentes com cancro, à sua família e a toda a equipa de saúde envolvida na temática e tratamento do cancro (Veit & Carvalho, 2006).

Definindo brevemente a Psicologia da Saúde, segundo Matarazzo (1980, citado por Ogden, 2004) esta pode ser definida como: “o conjunto das contribuições específicas, educacionais, científicas e práticas da disciplina de Psicologia, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas”.

Através da Psicologia da Saúde, voltou a pôr-se em causa a separação entre corpo e mente. Isso acontece devido ao facto desta área atribuir uma função à mente, ou seja, a mente exerce influência tanto ao nível da causa da doença como no seu tratamento (Ogden, 2004).

A Psicologia da Saúde aplica, tanto os conhecimentos como as técnicas da Psicologia à área da saúde, às doenças e também aos cuidados de saúde (Marks, Muray, Evans, Willig & Odgen, 2000, citado por Teixeira, 2004). Encarrega-se do estudo do papel da psicologia tanto como ciência, como também enquanto profissão na área da saúde, da doença e da prestação de cuidados. Tem o seu foco nas experiências, nos comportamentos e nas interações. É também tido em atenção os contextos sociais e culturais onde tanto a saúde como a doença estão presentes. Esta atenção está presente pelo facto das significações e os discursos sobre a saúde e também as doenças serem distintos de condição social para condição social, no próprio género e cultura (Teixeira, 2004)

O aparecimento e desenvolvimento da Psico-Oncologia ocorreram ao longo da própria prática da medicina. Com o desenvolvimento desta prática, houve a consciencialização de que as variáveis psicossociais influenciavam tanto o curso, a incidência e a própria remissão do cancro. É através desta constatação que grande parte da comunidade médica começou a focar-se e a ter em atenção os aspectos psicológicos

da doença. Aqui começam a ser, também incluídos psiquiatras no tratamento dos doentes com cancro (Veit & Carvalho, 2006).

Datando formalmente o surgimento da Psico-Oncologia, poder-se-á dizer que esta surgiu em 1970 pelas mãos de Holland (2002, citado por Campos 2010), num artigo publicado com o intuito de dar a conhecer o princípio de um movimento que passara a mudar as atitudes e os conceitos associados ao cancro. Segundo Gimenes (1994, citado por Pimentel, Lima & Fonseca, 2009), a Psico-Oncologia surge como uma área de conhecimento a partir dos anos 50, altura essa onde a comunidade científica passou a reconhecer que o aparecimento, a manutenção e a cura do cancro poderiam ser intermediados e minimizados, bem como atenuados por factores que saíam das condições puramente biomédicas. Dessa forma, o profissional fora da área biomédica tornou-se imprescindível para ajudar os pacientes oncológicos nas suas limitações emocionais face à doença.

Com a noção de que tanto a etiologia como o desenvolvimento da doença oncológica e a própria adesão ao tratamento da mesma sofriam influência de factores psicossociais, surge a noção de que existe uma necessidade de promover, de criar uma vertente psicológica que permita trabalhar com os pacientes e com os familiares, em prol de uma melhor qualidade de vida de todos os envolvidos na doença oncológica (Veit & Carvalho, 2006). E que permita também a promoção de uma adesão mais acentuada ao tratamento do cancro. É assim que a psicologia desenvolve esforços e conhecimentos próprios que permitam uma compreensão do doente com cancro, bem como a criação de técnicas de intervenção personalizadas para esta temática, visando a qualidade de vida do doente (Veit & Carvalho, 2006).

A Psico-Oncologia, segundo Holland (1989, citado por Veit & Carvalho, 2006), trata-se de uma subespecialidade da oncologia que tem como objectivo estudar duas dimensões psicológicas que se inserem num diagnóstico de cancro, sendo elas: o impacto que o cancro tem no foro emocional, tanto do paciente como da sua família e da equipa de saúde e a influência das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e sobrevivência do cancro. A Psico-Oncologia define-se assim, como a ponte entre a Psicologia e a Oncologia e tem como instrumentos de actuação os contributos e instrumentos da Psicologia da Saúde ao nível educacional, profissional e metodológico. Utiliza, então esses contributos aplicando-os na assistência ao doente oncológico,

família e equipa de saúde que se inserem na prevenção, tratamento reabilitação e fase terminal da doença. Usufrui desses mesmos contributos da Psicologia da Saúde para a pesquisa e estudo das variáveis psicossociais pertinentes na compreensão do curso, incidência e cura da doença oncológica. Esses contributos e influência da Psicologia da Saúde servem para a Psico-Oncologia os aplicar na organização de serviços psicológicos objectivando o atendimento global ao paciente, tanto físico como psicológico, focando-se na formação e no aperfeiçoamento do trabalho dos profissionais de saúde inseridos nas várias etapas e fases de tratamento do cancro (Gimenes, 1994 & Angerami, 2000, citado por Santos, 2005),

A Psico-Oncologia, segundo Carvalho (2003, citado por Silva & Bervique, 2005) debruça-se em quatro níveis de intervenção no doente oncológico. Sendo eles:

1. Intervenção primária – esta intervenção tem lugar antes do aparecimento do cancro, de forma a preveni-lo. Aqui o objectivo pauta-se pela actuação em três pontos (os estilos de vida da pessoa; o *stress* a que a mesma está sujeita e a dieta alimentar);

2. Intervenção secundária – aqui insere-se a educação para a detecção do cancro;

3. Intervenção Terciária – que diz respeito às intervenções privilegiadas ao longo do tratamento do cancro. Aqui inclui-se a promoção no indivíduo com cancro da adesão aos tratamentos, bem como a promoção da consciência de que a não adesão tem consequências e riscos; inclui a facilitação do conhecimento do indivíduo, com distintos diagnósticos de cancro e em várias fases da doença e de estratégias de *coping*. Pretende-se, igualmente neste nível de intervenção, dotar os profissionais de saúde de estratégias de *coping*, treinando-as objectivando uma melhor forma de lidar com a depressão do profissional e a ansiedade relacionadas com a doença oncológica; visa-se também o envolvimento na resolução de problemas pertinentes no contexto do tratamento desta doença, passando estes pela própria comunicação do diagnóstico ou preparação para a morte e por fim, este nível terciário de intervenção inclui a ajuda na resolução de problemas passíveis de serem mudados através de métodos psicológicos, tais como as náuseas e vômitos antecipatórios, que advêm dos tratamentos; a dor; ansiedade; depressão e insónia.

4. Intervenção na fase terminal – Nesta fase existe uma panóplia de objectivos a serem cumpridos, incluindo assim, o atendimento das necessidades emocionais da

pessoa, levando em linha de conta medos e ansiedade decorrentes da morte eminente como também a debilitação física que vai ocorrendo; objectiva-se a facilitação ao doente no que concerne à resolução de questões pendentes, tais como problemas familiares ou mesmo de finanças; fornecimento de apoio também à família para lidar com a situação de perda e morte e as emoções que dela advêm; fornecimento de apoio aos profissionais de saúde envolvidos, de forma que os mesmos lidem e integrem melhor toda a experiência e sentimentos de frustração e possíveis sentimentos de perda que advêm da morte do seu paciente. Por fim, inclui-se neste nível a colaboração com vista a que o tratamento em fase terminal seja de total dignidade para a pessoa que o recebe, visando a sua qualidade de vida.

A Psico-Oncologia encerra um vasto conjunto de objectivos e intervenções, não só a nível da intervenção já quando o cancro está instaurado, como também a nível da própria prevenção e fornecimento de informação acerca desta doença. Além do objectivo de apoiar e fornecer estratégias adaptativas face à doença, comprovou-se inúmeras vezes como visto no texto anterior, que a noção de qualidade de vida se torna algo muito comum a toda a intervenção, não só no doente oncológico, nas fases de tratamento e fases terminais, como também na sua família. Segundo Carvalho (2003, citado por Silva, 2005) a Psico-Oncologia destaca uma preocupação mais abrangente, ou seja, a qualidade de vida do doente oncológico, em oposição, desta forma, ao que outrora acontecia aquando de um diagnóstico de cancro. Antes, o mesmo era tratado assente na relação de números de sobreviventes, o tempo de sobrevida e tipos de tratamento.

Tratando-se a promoção da qualidade de vida um dos grandes objectivos da Psico-Oncologia, seria relevante que se fizesse uma abordagem mais pormenorizada ao seu conceito. Assim, e de forma mais genérica, segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida (QDV) está relacionada com a percepção pessoal acerca da vida do indivíduo, em relação ao contexto da sua cultura, ao seu sistema de valores, tendo em conta os seus objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações (Orley, 1994, citado por Ribeiro, 2002). Existe ainda um outro conceito proveniente do conceito de QDV, denominado por qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVRS), que se relaciona com a saúde, estando dependente desta e da sua representação. Este conceito encerra as crenças tanto sobre as causas como sobre as consequências da doença, da auto-apreciação que a pessoa faz de si enquanto doente, das emoções que dela advêm,

dos sintomas característicos da doença ou da suposição dos mesmos, e do tratamento da doença (Ribeiro, 2002). Uma outra definição do conceito de QDVRS prende-se com o “impacto da doença e do tratamento do doente” (Hermann, 1995, pp.88 citado por Ribeiro, 2002). Tanto o vocábulo “Qualidade de vida” como “Qualidade de vida relacionada com a saúde” estão relacionados intimamente. QDV é uma expressão com um sentido mais genérico e abrangente e QDVRS é uma expressão mais específica estando directamente associada com a sintomatologia da doença e com o tratamento. As mesmas apresentam-se como tendo o mesmo significado (Ribeiro, 2002).

No que concerne à QDV no doente oncológico e a noção da mesma na temática do cancro, a preocupação com esta variável justifica-se pelos próprios tratamentos da doença oncológica. A sua agressividade é notória e indiscutível, nomeadamente a cirurgia e a quimioterapia e a sua evolução nos tratamentos do cancro. Esta evolução permitiu que se prolongasse a sobrevida do doente, questionando-se contudo se esse prolongamento se traduz em quantidade e não em qualidade (Ribeiro, 2002). No entanto, a medição da QDV na doença oncológica é difícil devido à própria existência de inúmeros cancros, e surgimento dos mesmos em variadas idades, como também os vários estádios da doença, e por fim os variados tratamentos utilizados (Ogden, 2004, citado por Pestana, Estevens & Conboy, 2007). De referir ainda que, o facto de haver várias investigações acerca da QDV em determinados tipos de cancro leva a que se consiga ajudar a equipa médica na compreensão da influência que determinados tratamentos têm na QDV dos doentes, essa ajuda poderá aumentar os benefícios da intervenção precoce, pois vão proporcionar a que as variáveis responsáveis pela promoção da QDV, que estão afectadas, sejam tidas em conta pelos profissionais das distintas áreas de saúde (Boini, Briançon, Guillemin, Galan & Hercberg, 2004, citado por Pestana, Estevens & Conboy, 2007).

Em suma, poder-se-á concluir que a Psico-Oncologia acarreta consigo um campo de especificidades cruciais para o acompanhamento do indivíduo com cancro e os seus familiares, bem como para os próprios profissionais de saúde. Os domínios desta área são vastos e dotados de grande impacto e benefícios na vida do indivíduo. A Psico-Oncologia tem lugar em várias fases da doença oncológica, ou seja, o indivíduo quando se depara com a possibilidade de um diagnóstico de cancro passa por diversas fases e estádios mais ou menos padronizados. Estes estádios não são estanques e existe sempre a margem para a noção de que cada ser humano é único e que cada caso é um caso. No

entanto existem reações, emoções e fases comuns a todos os indivíduos que se deparam com a possibilidade de um diagnóstico deste tipo. É nestas fases que a Psico-Oncologia actua e tem um papel distinto a nível da intervenção em cada uma delas. Este conjunto de estádios e fases denomina-se por Ciclo Psico-Oncológico que será abordado no ponto seguinte deste relatório.

2.1.O Ciclo Psico-Oncológico e sua Implicação na Intervenção Psicológica

Apesar de várias investigações baseadas na prática de profissionais na área da oncologia evidenciarem que, no geral os indivíduos que se deparam com a doença oncológica passam por estádios previsíveis, as pessoas são únicas e cada pessoa é encarada como um caso individual e único. Deve, dessa forma ser tido em consideração as suas especificidades, competências e dificuldades (Seligman, 1996, citado por Matos & Pereira, 2002).

O Ciclo Psico-Oncológico divide-se em três grandes estádios, estando subjacente a eles determinadas fases. Mantém uma íntima relação com as fases preconizadas por Kübler-Ross (1969) que uma pessoa experimenta quando lhe é revelado que vai morrer, nomeadamente: negação; raiva/revolta; negociação; depressão e aceitação (Matos & Pereira, 2002). Assim, as fases de Kübler-Ross, vividas pelo doente oncológico, justificam-se possivelmente pelo facto de frequentemente o diagnóstico de cancro estar associado à sentença de morte (Matos & Pereira, 2002).

O Ciclo Psico-Oncológico irá ser apresentado através da descrição dos vários estádios e fases associadas a cada um deles. Será feita igualmente, uma abordagem aos vários tipos de intervenção associadas a cada momento do ciclo. O Ciclo Psico-Oncológico, descrito por Matos e Pereira (2002), divide-se em três grandes estádios que se encontram resumidos na tabela a seguir:

Tabela 1 – Ciclo Psico-Oncológico

Estádios	Fases		
Primeiro Estádio – até chegar ao diagnóstico	1ª Fase: Pré-diagnóstico – incerteza ansiosa	2ª Fase: Diagnóstico inicial – choque e negação	3ª Fase: Após o primeiro impacto do diagnóstico – <i>stress</i> agudo e depressão
Segundo Estádio – da aceitação do diagnóstico ao tratamento	Fase de ajustamento e aceitação da doença durante o tratamento		
Terceiro Estádio – dos tratamentos em diante	Fase do pós-tratamento e possibilidade de recaída		

• Primeiro estágio: até chegar ao diagnóstico

• Primeira fase

Pré-diagnóstico – incerteza ansiosa: caracterizada por ser a fase de incerteza ansiosa é também a fase mais difícil de ultrapassar, esta incerteza ansiosa pode muitas vezes dar origem a esperas prolongadas (Matos & Pereira, 2002).

Nesta fase o indivíduo encontra-se com a possibilidade de ter um diagnóstico de cancro, no entanto nada é ainda assegurado. A pessoa passa muitas vezes por vários médicos fazendo inúmeros exames sem qualquer sucesso no diagnóstico de doença. Nesta fase, o doente exhibe sentimentos de ansiedade, preocupação e medo elevados principalmente se o tempo de espera entre os exames e o diagnóstico for longo. Distúrbios de sono e pesadelos são também frequentes (Matos & Pereira, 2002). A ansiedade é comum nos pacientes aquando da espera de um possível diagnóstico de cancro, mas também, já quando diagnosticados, antes dos tratamentos ou quando

esperam resultados de testes e exames (Jenkins, May & Hughes, 1991, citado por A. Nezu; C. Nezu; Felgoise & Zwick, 2003).

Nesta fase, o indivíduo sente-se muitas vezes desagradado com a equipa médica e exhibe problemas relacionais, precisamente devido à grande tensão a que está sujeito (Matos & Pereira, 2002).

Os pacientes descrevem frequentemente, esta etapa, como a que mais custou, é aquela que de todo o processo de doença a que é lembrada como mais difícil de ultrapassar. O papel do psicólogo aqui raramente é contemplado, ou seja, raramente as pessoas chegam às consultas nesta fase fazendo-o apenas após um diagnóstico de cancro (Matos & Pereira, 2002).

Intervenção

Por raramente o sujeito comparecer em consulta antes da certeza de um diagnóstico e por se revelar uma fase extremamente difícil, a intervenção após o conhecimento do diagnóstico passa pela integração das experiências passadas. O recordar e abordar os sentimentos não deve ser ignorado devido ao grande impacto que esta fase tem nos doentes. Após as verbalizações dos sentimentos, pensamentos e reacções é feita a sua normalização sendo explicado a sua ocorrência aquando de um diagnóstico de cancro (Matos & Pereira, 2002).

O fazer a integração das experiências passadas falando do que realmente sentiu e viveu serve para o doente reajustar e integrar melhor essas experiências e todo o impacto que o conhecimento do diagnóstico acarreta, permitindo a sua aceitação como algo natural e normal face à sua situação. Evita assim que o doente reprima as emoções e sentimentos pois ao contrário os efeitos dessa repressão podem ser nocivos quer na saúde física como mental dos doentes como também na adaptação a todo o processo de doença (Matos & Pereira, 2002).

Por se tratar de uma fase em que raramente o psicólogo tem um papel activo e onde o doente raramente se dirige a acompanhamento, achei pertinente acrescentar que ao longo do estágio tive a oportunidade de contactar e acompanhar um paciente em consulta sob a minha responsabilidade, que se dirigiu à Unidade precisamente nesta

fase. Foi possível ver a grande ansiedade a que o doente estava exposto exibindo grande preocupação com a possibilidade de um diagnóstico, ocupando todo o seu dia-a-dia com pensamentos relacionados com a probabilidade de ter um cancro. Os problemas de sono eram algo que também acompanhava o doente. Este doente trouxe consigo também um vasto historial de medicamentos administrados e exames feitos para diagnosticar a sua sintomatologia não obtendo sucesso. Historial esse de alguns anos onde as queixas prevaleciam sempre. Desta forma, foi-me permitido comprovar em primeira mão a previsibilidade destas fases do Ciclo Psico-Oncológico como sendo algo comum e transversal a todas as pessoas associadas a um diagnóstico de cancro.

• Segunda fase

Diagnóstico Inicial – Choque e Negação: Esta fase é caracterizada fundamentalmente por sentimentos de choque e atitudes de negação perante a notícia de um diagnóstico de cancro (Matos & Pereira, 2002). Esta fase pode ser aproximada à primeira fase descrita por Kübler-Ross no que concerne aos estágios emocionais da doença terminal, nomeadamente a fase da negação. Assim, aquando do conhecimento do diagnóstico a pessoa apresenta descrédito neste pensando que a avaliação é errada e pode inclusive agir como se não tivesse doente. Normalmente a fase de negação é temporária e poderá, mais tarde, ser substituída pela aceitação não total da doença (Peçanha, 2008).

Mesmo que haja a suspeita de doença durante a fase do pré-diagnóstico, quando se recebe a notícia com a sua confirmação é sempre em forma de algo terrível e arrasador. No entanto, o alívio de ter sabido o que realmente se tem também acontece (Matos & Pereira, 2002).

Após a confirmação da doença, mesmo esta sendo tida ainda como uma hipótese, perturba em grande escala a pessoa que o recebe. O médico é também assolado com dificuldades, nomeadamente o facto de ser este quem detém a informação perturbadora, que provoca medo e ansiedade levando, assim muitas vezes a dificuldades de gestão dessa condição. No que diz respeito ao paciente, a comunicação do seu estado acarreta consigo questões culturais e afectivas que se fazem sentir aquando da notícia (Veit & Barros, 2008).

O impacto do diagnóstico faz com que se instale no paciente a “surdez” psicológica, ou seja, o indivíduo durante uns momentos não é capaz de ouvir mais nada, ou seja, tudo o que é dito a seguir à comunicação do diagnóstico não é assimilado pelo sujeito durante alguns momentos. Esta “surdez” é consequência da grande capacidade perturbadora que o diagnóstico de cancro tem no mundo interno do paciente (Veit & Barros, 2008). Quando um doente recebe um diagnóstico de cancro muitas vezes tem reações de desmaio, chora dias seguidos, isola-se ou recusa o tratamento ou falar da doença (Matos e Pereira, 2002).

Além das reações à notícia, a forma como esta é transmitida também é algo a ter em consideração. Muitas das vezes o impacto tão severo da notícia relaciona-se mais com a forma como esta foi transmitida do que com a notícia em si (Matos & Pereira, 2002). A forma como a revelação do diagnóstico é feita é extremamente importante no que diz respeito a toda a forma como o paciente irá viver a doença, os tratamentos e os seus próprios resultados (Veit & Barros, 2008). Neste sentido, é importante que quando se dá a notícia esta venha acompanhada de um espaço para o doente se exprimir e permitir-se a experimentar as reações normais perante esta situação visando assim a atenuação do impacto desta (Matos & Pereira, 2002). É importante que o profissional de saúde tenha em linha de conta as características culturais, sociais e psicológicas do indivíduo no que diz respeito à forma, qualidade e momento que o paciente prefere para saber o seu diagnóstico (Veit & Barros, 2008).

Intervenção

A intervenção nesta fase passa por modelar o impacto psicológico do diagnóstico, isto é, objectiva o incentivo do doente a verbalizar as suas emoções e reacções face à sua situação. Primeiramente dá-se um espaço para o doente poder falar de tudo aquilo que sente e de tudo o que se sentir capaz de dialogar (Matos & Pereira, 2002). É benéfico que se proporcione ao paciente e aos seus familiares um “segundo tempo”. Esse “segundo tempo” passa pela disponibilização de apoio psicológico onde são criados momentos de retomada de informação permitindo uma melhor integração desta à realidade e contextos do paciente (Veit & Barros, 2008). A facilitação da expressão emocional do doente é igualmente importante permitindo que ele fale à vontade sem restrições respeitando as suas pausas e silêncios. Visa-se também encaminhar o doente a

para a expressão dos sentimentos, medos e preocupações. Esta expressão pode levar a choro mas no entanto faz com que a tensão seja aliviada (Matos & Pereira, 2002). Com esta intervenção pretende-se a atenuação do impacto do diagnóstico no doente. Quando o doente fala dos seus problemas é proporcionado uma ajuda para a sua integração e consequentemente uma maior adaptação a todo o processo. O alívio da tensão permite abrir caminho para a aceitação da noção da nova realidade onde o paciente consegue tomar decisões acerca da sua nova condição que antes não era capaz. Isso favorece a promoção de um sentimento de controlo da sua situação (Matos & Pereira, 2002).

· Terceira fase

Após o primeiro impacto do diagnóstico – *stress* agudo e depressão: Depois de receber o diagnóstico de cancro o doente experimenta sentimentos de ansiedade, raiva e protesto (Barraclough, 1994 citado por Matos e Pereira, 2002).

Após saber do seu diagnóstico o doente oncológico passa por uma panóplia de situações com as quais terá que lidar, nomeadamente a realização de exames complementares, comunicar aos seus familiares a sua situação, estruturar questões laborais ou planear questões de ordem financeira. Estas questões que têm que ser resolvidas levam a que o paciente fragilize e se sinta com medo (Veit & Barros, 2008).

O doente exhibe frequentemente sintomatologia depressiva, sentimentos de culpa, exaustão e mau estar físico. Os níveis elevados de *stress* são comuns no doente de cancro após o recebimento da notícia que confirma o seu verdadeiro estado (Barraclough, 1994 citado por Matos e Pereira, 2002). A ansiedade com o tempo diminui ao contrário da sintomatologia depressiva que tendencialmente aumenta.

O doente nesta fase tem pensamentos relacionados com a desesperança num futuro melhor e pensamentos de possibilidade de morte. Muitas vezes o doente isola-se e não acredita na possibilidade de cura mesmo face a um bom prognóstico (Matos & Pereira, 2002).

Os conceitos de *stress* e *distress* (stress prejudicial) são de ter em conta. Ou seja, os doentes que experimentam níveis altos de *distress*, no caso da doença oncológica, é algo positivo e passível de conduzir a um bom prognóstico (Fawzy & col., 1993 citado por

Matos & Pereira, 2002). Assim, os pacientes que exibem estes níveis elevados são os que enfrentam a doença de forma séria, respondendo a todos os tratamentos e envolvendo-se em comportamentos saudáveis à sua cura incluindo a procura de apoio psicológico. No entanto quando os pacientes não exibem níveis elevados, o contrário acontece, encaram a doença com pouca seriedade e não se envolvem activamente em tratamentos e comportamentos pró-saúde (Matos & Pereira, 2002). O aceitar a condição de doença como algo grave incentiva o envolvimento mais acentuado no seu tratamento recorrendo a apoio social que facilita a adaptação ao processo. Existe contudo doentes que não aceitam a sua condição e conseqüentemente, tudo aquilo que está implicado, prejudicando muitas vezes o curso da doença. Assim, existem dois tipos de atitudes face à doença, a atitude de aceitação envolvendo-se na condição de doente e a atitude de recusa do diagnóstico. Quando não se aceita a doença, sentimentos de desconforto e atitudes desadaptativas tomam lugar havendo conseqüências quer físicas quer psicológicas para o doente. Neste sentido, é importante que se promovam estratégias de forma a facilitar no doente a aceitação da sua doença que pode ser bom para o prognóstico da doença. Para que a aceitação seja conseguida é importante uma linguagem clara e sincera de forma a não deixar nenhuma dúvida e “chamando” a doença pelo seu próprio nome. A notícia deverá ser dada de forma lenta e progressiva para minimizar o impacto e permitindo ao sujeito digerir devagar a comunicação (Matos & Pereira, 2002).

Intervenção

A intervenção nesta fase passa por três grandes valências:

- Fornecer suporte;
- Reduzir o *stress*, ansiedade, tensão psíquica e muscular;
- Prevenção de um quadro depressivo e estimulação de um espírito de luta.

No que diz respeito ao fornecimento de suporte, este passa por uma escuta activa e atenta do doente de todos os episódios e experiências que este passou. Não fazer juízos de valor e respeitar todas as suas atitudes são também algo a ter em conta (Matos & Pereira, 2002). Respeitar o paciente e o momento que este vive é importante, não

confrontá-lo e não usar a directividade recorrendo-se a questionamentos delicados e não invasivos (Peçanha, 2008).

O fornecimento de suporte passa igualmente por incentivar o doente e encorajá-lo a enfrentar a doença e a recorrer aos seus recursos, tais como estratégias pessoais de suporte social. Incentivar também o espírito de luta e reforçar positivamente todos os seus comportamentos em prol do benefício da sua condição. Importante também é mostrar ao doente que tem apoio e que não está sozinho (Matos & Pereira, 2002). Por se tratar de uma fase em que a tristeza, raiva, revolta e medo estão muito presentes torna-se crucial que se façam esforços com vista na sua diminuição. Isso é conseguido através da promoção no doente de um espaço só dele em que este expresse tudo o que sente da forma mais à vontade possível, aliviando assim toda a tensão a que está sujeito (Matos & Pereira, 2002).

O fornecimento de orientações de comportamentos que o doente poderá ter irá permitir que este tenha um papel activo no que diz respeito à sua doença (Veit & Barros, 2008).

Com vista à redução do *stress*, ansiedade, tensão psíquica e muscular é feita a normalização de todos esses sentimentos que assolam o indivíduo. Assim, indica-se ao sujeito que aquilo que está a sentir é comum e é normal perante toda a sua realidade. Explica-se também que o *distress* é até positivo e que pode favorecer o curso da doença. Aqui também se explica ao doente que existem outras alternativas que não unicamente a terapia farmacológica para aliviar a sua sintomatologia psicológica ensinando-lhe técnicas de relaxamento muscular e respiração diafragmática. Informar o doente de que o exercício físico é também benéfico, incentivando-o a praticar (Matos & Pereira, 2002). Além do recurso ao relaxamento e técnicas de imaginação guiada a arteterapia também é uma das formas de intervenção (Veit & Barros, 2008).

Envolver o doente em exercícios de relaxamento providencia a redução do *stress* favorecendo assim o sistema imunológico e conseqüentemente um melhor prognóstico da doença. O doente deve saber o porquê de estar a realizar estes exercícios para que este compreenda a sua importância e assim praticá-los (Matos & Pereira, 2002). Por último, a prevenção de um quadro depressivo e estimulação de um espírito de luta é feita através do diálogo com o doente sobre os seus sentimentos evitando assim pensamentos errados e a desmitificação da sua condição (Matos & Pereira, 2002). De

forma a prevenir os quadros depressivos é esclarecido ao doente questões relativas à sua doença, os tratamentos e efeitos secundários não deixando, desta forma, margem para dúvidas. É incentivado ao doente a seleccionar estratégias para enfrentar a doença activando-as e criando uma lista em que estas constem e a realizar actividades distractivas que não permitam um foco permanente na doença. É através do planeamento e selecção das estratégias para lidar com a doença que se promove o espírito de luta e consequentemente a crença no doente de que é capaz de combater a doença (Matos & Pereira, 2002).

· Segundo estágio: da aceitação do diagnóstico ao tratamento

Este estágio é caracterizado pela aceitação e ajustamento à doença durante o tratamento (Matos e Pereira, 2002). Segundo Kübler-Ross (1987, citado por Peçanha 2008) a fase de aceitação caracteriza-se pela conformidade que o doente adquire, ou seja, o doente conforma-se com a cronicidade da doença e carácter permanente desta. Algumas semanas após o impacto do diagnóstico as reações de choque, negação e o *stress* vão dando lugar a uma aceitação da condição presente. Se o doente tiver apoio social, de terapeutas, amigos e família a aceitação será mais fácil. Contudo, esse apoio não é protector para o desenvolvimento de quadros depressivos, de ansiedade e desespero. Quadros, esses que são comuns neste estágio. O doente experimenta sentimentos de perda, e desesperança num futuro que lhe parece incerto (Seligman, 1996, citado por Matos & Pereira, 2002).

O doente frequentemente tem preocupações, sentimentos e pensamentos perturbadores. Isola-se, e não partilha os seus sentimentos com a família para não preocupar, o mesmo acontece por parte da família que também não partilha os seus sentimentos e pensamentos, ambos os lados não querem preocupar, mas sabem que os sentimentos e pensamentos são comuns. Neste sentido é importante que se trabalhe com o doente a partilha de sentimentos e pensamentos de forma a promover uma melhor comunicação e consequentemente ajudando o doente a resolver situações do seu dia-a-dia. A promoção de uma comunicação aberta atenua igualmente os níveis de *stress* tanto no doente como na sua família. É este *stress* um dos factores responsáveis pela repressão dos sentimentos e pensamentos que prejudicam o prognóstico da doença (Matos & Pereira, 2002).

Os quadros depressivos são promovidos pelo isolamento social característico do doente. O isolamento muitas das vezes é provocado pelo mau-estar físico, cansaço e medo da reação das outras pessoas. Assim, de forma a contornar a tendência para o isolamento social é importante ter-se em conta dois tipos de intervenção:

- *Promover no doente o recurso à rede social de apoio;*
- *Sugestão de actividades possíveis que o paciente pode realizar aumentando assim a sua quantidade e diversidade.*

Intervenção

É neste estágio que o psicólogo tem o seu maior papel visto também se tratar de um estágio em que o doente mais tempo permanece. Desta forma, a intervenção é mais organizada e estruturada. E passa:

- *Explicação personalizada da doença e do processo de tratamento:* aqui é necessário perceber-se que informação é que o doente quer ter e que está preparado para ouvir. A explicação é feita gradualmente e de forma clara não escondendo a informação essencial nem mentindo sobre a doença. A informação tem que ser ajustada ao nível cognitivo do doente para que este a compreenda. Para que o doente se mantenha mais informado acerca do seu estado incentiva-se a procura de livros e documentos informativos acerca da sua doença. Ao se transmitir a informação ao doente acerca de tudo o que se relaciona com a sua condição permite-lhe uma melhor percepção de controlo, conseqüentemente ao envolver-se o doente na tomada de decisões faz com que a aceitação e integração da doença sejam facilitadas (Matos & Pereira, 2002). Os profissionais da equipa médica deverão ter um papel orientador nas várias dúvidas que vão surgindo ao paciente (Veit & Barros, 2002). Aqui também se incentiva o paciente a formular todas as suas dúvidas aos médicos no que diz respeito a tratamentos e medicação (Veit & Barros, 2008).

- *Preparação para os desafios que se aproximam / resolução de problemas:* aqui incentiva-se o registo das informações que os médicos dão acerca da doença em conjunto com a informação recolhida pelo doente, onde também consta informação acerca dos tratamentos, as suas conseqüências e eficácia. É explicado ao doente que o

espaço das consultas serve para este adquirir estratégias para resolver os seus problemas para que assim consiga melhor lidar com as consequências que advêm da doença. Ajuda-se ainda o doente na aplicação das estratégias de acordo com as suas capacidades (Matos & Pereira, 2002)

- Promover a adaptação à doença: com vista a esta promoção é facilitado ao doente a expressão das emoções, preocupações, medos e crenças. É incentivado o espírito de luta face às dificuldades associadas ao cancro. O paciente é também incentivado a envolver-se em comportamentos que beneficiam a cura da doença e comportamentos que lhe proporcionam prazer e lhe são gratificantes incluindo aqueles presentes antes do diagnóstico do cancro. A promoção da adesão terapêutica é algo que também é feito com vista a uma melhor adaptação à doença. Assim, quanto maior for a adaptação à doença maior será o envolvimento em comportamentos favoráveis à sua cura, nomeadamente a adesão aos tratamentos e desenvolvimento de estratégias para lidar com o cancro (Matos & Pereira, 2002).

- Redução dos níveis de depressão: objectivando-se a redução da sintomatologia depressiva, são feitas reformulações de pensamentos automáticos, dos erros cognitivos, mitos e crenças pessimistas e disfuncionais. Isso é feito através da disputa racional; reestruturação cognitiva e teste de evidências. O doente é incentivado a criar objectivos futuros e projectos a curto prazo tanto a nível individual como a nível interpessoal envolvendo família e amigos e incentiva-se a prática de desporto. Promove-se igualmente o aumento da qualidade de vida que passa pelo incentivo a hábitos de vida saudáveis, incentivo a realização de actividades prazerosas e construção de listas de sonhos a realizar e prioridades de vida (Matos & Pereira, 2002).

- Intervir nos efeitos secundários da doença e do tratamento (alopécia, vômitos, enjoos, stress, tensão e irritabilidade): esta intervenção baseia-se numa explicação e preparação do doente quanto à possibilidade de sentir efeitos secundários após os tratamentos, bem como as mudanças que deles ocorrem. Ajuda-se o doente quanto a possíveis soluções de forma a minimizar esses efeitos, como o uso de chapéus ou perucas em caso de alopecia. No caso dos enjoos e vômitos, frequentes não só após os tratamentos mas também na possibilidade de se confrontar com este, isto é, por condicionamento, instrui-se o doente em técnicas que passam pelo relaxamento, construção de hierarquias e

treinos de imaginação associadas ao relaxamento. Estas técnicas são igualmente aplicadas de modo a reduzir o *stress*, a tensão e a irritabilidade (Matos & Pereira, 2002).

- Intervir na dor: sendo a dor algo comum que decorre do tratamento do cancro é necessário a sua minimização de forma a atenuar sentimentos de desespero, e insatisfação que o doente pode sentir derivado dessa mesma condição, bem como sentimentos de insatisfação face à equipa médica. Assim, técnicas como a modelagem; treino da respiração e estratégias de relaxamento; treino imagético ou imaginação guiada e hipnose clínica são utilizadas com vista ao tratamento da dor. Estas técnicas não visam o desaparecimento total da dor mas sim na sua redução (Matos & Pereira, 2002).

- Promover no doente o desenvolvimento e recurso à sua rede de suporte social, a comunicar abertamente e a regressar à normalidade familiar: esta intervenção passa por explicar ao doente a noção de que o isolamento social é algo comum no processo da doença e que desta forma é necessário que se contrarie essa tendência para que a situação seja mais fácil de ultrapassar. Reforça-se o paciente quanto ao facto de não ter que estar a viver todo o processo sozinho e que não está só havendo muitas pessoas que o podem ajudar (Matos & Pereira, 2002). É ajudado o paciente no recurso à sua rede de suporte social, sinalizando-a e incentivando o doente a procurá-la e a envolver-se em actividades de distração que se torna importante para que não esteja sempre centrado na doença (Matos & Pereira, 2002). Os tratamentos provocam muitas limitações no indivíduo, ainda assim existem comportamentos, escolhas e iniciativas dos pacientes que deverão ser mantidos. Ou seja, aquilo que é passível de ser manter deve ser incentivado, nomeadamente a rotina profissional, vida social, actividades distractivas, responsabilidades, entre outras (Veit & Barros, 2008).

Informa-se ainda o doente quanto aos benefícios de comunicar e expressar os seus sentimentos, preocupações e pensamentos face à doença e seus tratamentos com outros significativos (Matos & Pereira, 2002). Numa fase em que se percebe que o doente está mais estável e já controla melhor os efeitos secundários derivados do seu estado, incentiva-se a que a família volte às suas rotinas normais descentralizando-se da pessoa doente (Matos & Pereira, 2002).

Segundo Peçanha (2008), torna-se mais importante, para a aceitação e luta contra a doença, a promoção de um espaço de escuta activa e de aceitação genuína do doente, do que trabalhar com este alguma estratégia específica.

· Terceiro estágio: dos tratamentos em diante

· **Fase do Pós-tratamento e possibilidade de recaídas:** Mesmo após ter-se ultrapassado a doença e esta ter entrado em remissão existe ainda a possibilidade de haver recaídas e o cancro reincidir. Esta fase é caracterizada por sentimentos de receio, insegurança e ansiedade, isto é, após o resultado positivo dos tratamentos o indivíduo experimenta sensação de alívio. No entanto, o regresso a uma vida normal, sem o acompanhamento permanente do médico e consequente segurança que dele advinha, faz com que o doente experimente sentimentos de medo, receio e de ansiedade devido ao facto de não estar tão vigiado como outrora. Existe ainda o caso em que os tratamentos não surtiram efeito tendo o doente que se sujeitar a tratamentos mais agressivos e dolorosos e possivelmente tanto o doente como os seus familiares poderão deparar-se com a eminência da morte (Matos & Pereira, 2002). Assim, depois dos tratamentos existem dois tipos de atitudes que os doentes podem tomar. Ou seja, o doente pode sentir que venceu a batalha, desenvolveu novas competências, enfrentou o medo e está mais capaz de enfrentar outras situações. Por outro lado, existe o doente para o qual as perdas que vieram do curso da doença foram de tal ordem arrasadoras, bem como as alterações emocionais, que não acredita num futuro melhor e que este está repleto de ameaças à sua vida, consequentemente este tipo de doente não tem objectivos a longo prazo (Matos & Pereira, 2002).

Segundo Rolland (1995, citado por Peçanha, 2008) na fase dos tratamentos o doente tem que reorganizar responsabilidades; lidar com questões financeiras e não só, ou seja o doente terá que lidar com a possibilidade de recaídas, sucessos, remissões e reabilitação física.

Importante reter que a recidiva muitas das vezes é tida como mais devastadora do que o primeiro diagnóstico. O doente sente que nunca vai “fugir” à doença e que não vai conseguir vencer, consequentemente exhibe sentimentos de desânimo, pessimismo, choque e negação (Simonton, Matwes-Simonton & Creghton, 1991, citado por Matos &

Pereira, 2002). As reações que estão presentes no primeiro diagnóstico voltam aquando do conhecimento de uma recidiva, ou seja, a desesperança, sentimentos de frustração, descrédito nos médicos e sentimentos de culpa estão presentes aquando desta situação (Matos & Pereira, 2002).

No caso de remissão da doença o indivíduo terá que integrar a noção de remissão e reintegrar-se no meio seio social que pode passar pela família, escola, trabalho e amigos (Rolland, 1995, citado por Peçanha, 2008).

Intervenção

- Manutenção de uma vida com qualidade: aqui é informado ao paciente a importância de manter uma vida com qualidade e saudável e reforçando a importância do doente acatar com as recomendações da equipa médica para que, desta forma o bem-estar seja maximizado e a possibilidade de recaída seja diminuída. Faz-se a sugestão da realização de uma lista onde conste as estratégias que foi aprendendo ao longo do processo mantendo-as dali em diante (Matos & Pereira, 2002).

- Prevenção da recaída: é importante que se informe o doente da possibilidade de a doença poder voltar novamente trabalhando com ele as estratégias para lidar com essa possibilidade ajudando-o a lembrar-se das estratégias que tinha já formulado na altura da doença. A normalização dos receios que sente pelo facto de já não estar tão vigiado também é feita referindo que esses receios podem passar se o doente for regularmente ao médico e tiver comportamentos de saúde saudáveis. Informar também o doente que se sentir algo semelhante ao que sentiu antes da doença, dirigir-se rapidamente ao médico. Importante ainda o incentivo a continuar a expressar os seus sentimentos e pensamentos, bem como medos e receios face à doença (Matos & Pereira, 2002).

• **A morte como sendo a próxima fase**: Apesar dos tratamentos realizados e apesar dos grandes esforços levados a cabo para a cura do doente, muitas das vezes o resultado não é o mais favorável e a morte torna-se inevitável (Matos & Pereira, 2002). Nesta fase o doente tem como tarefa-chave a redefinição da sua auto-estima e o significado que

atribui à vida. Tem também como tarefa a despedida e o término da vinculação com parentes e amigos (Rolland, 1995, citado por Peçanha, 2008).

De acordo com Matos e Pereira, (2002) existem três tipos de intervenção a ter em conta:

- *Revelação da verdade;*
- *Promover o ajustamento emocional, a aceitação e a capacidade de resistência e de enfrentar a situação;*
- *Fornecimento de suporte e atender às necessidades do doente terminal.*

No que diz respeito à revelação da verdade, é preciso ter-se em conta até que ponto o doente quer saber se vai ou não morrer. Essa avaliação é feita através de uma reflexão acerca dos comentários do doente de forma a se perceber que este tem noção da sua situação e sabe como é a sua real situação. No caso de haver a vontade de saber a verdadeira condição, a notícia deverá ser comunicada de forma adequada e respeitando os direitos fundamentais do doente terminal, ou seja: o direito à informação; o direito ao consentimento expresso e o direito ao consentimento informado. Assim, deve ser comunicado ao doente que possivelmente não terá cura deixando espaço para a noção de que poderá vir a piorar; deixar que seja o doente a chegar a essa conclusão através de silêncios dando-lhe o espaço para se aperceber. Assegurar que a equipa de saúde vai fazer tudo para que sinta o menos dor possível e que o vai ajudar a atenuar a sintomatologia cuidando dele (Matos & Pereira, 2002).

De acordo com Veit & Barros (2008) existem atitudes importantes que a equipa de saúde e profissionais envolvidos podem adoptar, nomeadamente, o controlo da dor tanto na sua dimensão física como psicológica, social e espiritual; a promoção de um espaço para que o paciente possa tomar decisões ligadas à sua morte, por exemplo, onde quer morrer, até onde quer ser cuidado, escolha da pessoa que poderá tomar decisões pelo doente, entre outras. A preparação para a morte e a prevenção de um luto complicado são também atitudes importantes a levar a cabo pelos profissionais que acompanham o doente.

No que diz respeito à promoção do ajustamento emocional impulsionando a aceitação e capacidade de resistência para enfrentar a situação, é feito o incentivo ao

doente para falar sobre aquilo que sente, para expressar os seus pensamentos e sentimentos. Mostrar ainda que se está atento a ele e interessado no que tem para dizer garantindo segurança e confidencialidade. Trabalhar em conjunto com o doente questões relacionadas com os seus desejos e aquilo que ainda gostaria de fazer, bem como trabalhar a forma como o doente ainda pode ser útil para si e para os seus familiares ajudando-o na resolução de algo possivelmente pendente. Técnicas como a cadeira vazia; a redução da dor através da imaginação; o relaxamento e redirecionar o pensamento são utilizadas com vista a este ajustamento emocional (Matos & Pereira, 2002). Por último, quanto ao fornecimento de suporte e atendimento das necessidades do doente terminal, é levado em linha de conta o fornecimento ao doente de um espaço e tempo para que este possa falar, ser aceite e compreendido. Pretende-se que o doente se sinta seguro principalmente quando sente que a hora final está próxima reforçando a noção de que a equipa de saúde está lá para o ajudar (Matos & Pereira, 2002). tocar no paciente nestas alturas também promove a segurança e confiança transmitindo afecto. Importante ainda é que haja um envolvimento da família no sentido desta promover no doente sentimentos de pertença e utilidade envolvendo-o nas decisões de família (Matos & Pereira, 2002). A família também realiza tarefas-chave nesta fase, assim esta terá que se adaptar à irreversibilidade da condição do doente; aceitar a pessoa doente como esta se apresenta na sua fase terminal; fornecer apoio social e aceitar o término e desvinculação dos laços e da relação com o doente (Rolland, 1995, citado por Peçanha, 2008).

Em suma, os doentes com cancro exibem efectivamente características mais ou menos padronizadas no que diz respeito às reacções à doença. A doença oncológica traz consigo um impacto semelhante e comum a todos os indivíduos que por ela passam. O facto de o doente oncológico passar por várias fases ao longo de todo o processo da doença, implica que a intervenção em cada fase específica seja dotada de determinadas particularidades para que seja adequada a cada momento particular da doença. A intervenção psicológica tem um papel deveras importante em cada fase permitindo que cada uma delas seja ultrapassada com o menor sofrimento possível.

O Ciclo Psico-Onológico e a intervenção associada a cada estágio tem em conta não só as reacções individuais mais também a sua extensão a toda a família do doente tentando assim abranger todo o contexto associado à doença. Importante ainda acrescentar que, apesar de haver o estabelecimento de estádios e fases previsíveis, existe

a noção de individualidade. É assim tido em linha de conta, a noção de que cada caso é um caso e de que cada indivíduo possui características específicas e formas de reagir próprias sendo a intervenção focada nesse mesmo sentido.

2.2.A importância e pertinência da Psico-Oncologia

A Psico-Oncologia e a sua aplicação nas várias fases no ciclo Psico-Oncológico e na doença oncológica em geral, demonstra ter um impacto benéfico para aqueles que dela usufruem. Dessa forma, é pertinente descrever e abordar os vários dados e evidências que comprovam efectivamente a sua eficácia e consequentemente seu o papel deveras crucial nos indivíduos, que de uma forma ou outra vivem ou viveram um processo de doença oncológica.

Tal como visto anteriormente, o cancro exerce um grande impacto na vida das pessoas associados a esta doença e a todas as suas especificidades, características e influências negativas. O indivíduo é sujeito a alterações significativas não só na sua qualidade de vida como também em todas as áreas que de uma maneira ou outra também afectam essa mesma qualidade de vida. A afectação da auto-estima, do auto-conceito, o desenvolvimento de ansiedade e depressão são alguns dos aspectos que influenciam a qualidade de vida do doente oncológico sendo que o efeito mais grave dessas alterações é a sua grande capacidade para serem cada vez mais acentuadas (Justo, 2001).

Os doentes que são afectados emocionalmente pela doença e pelo seu tratamento, obviamente acabam por ser menos colaborantes, exibem dificuldades em acreditar na cura e têm a capacidade de aceitar a ajuda proporcionada, reduzida. É aqui que os psicólogos e a Psico-Oncologia exercem o seu papel, ou seja, os psicólogos devem ter em atenção as especificidades da sua intervenção e as metodologias associadas e avaliar a utilidade dos seus esforços aplicados a esta temática (Justo, 2001).

Visto a intervenção biomédica assentar exclusivamente no tratamento e controlo dos sintomas e nas alterações físicas e biológicas e sendo o cancro capaz de despoletar alterações psicossociais, é sem dúvida pertinente e necessária a intervenção psicológica neste contexto. Os benefícios da psicoterapia nestes doentes incluem, além da redução

dos sintomas típicos, a mudança de atitudes e características de personalidade pessimistas e de desesperança (Pereira & Lopes, 2002).

Diversos estudos comprovam a eficácia e pertinência de uma abordagem psicológica e intervenção psicoterapêutica em doentes com cancro no sentido da mesma exibir efeitos benéficos a nível não só da qualidade de vida, como também da adesão ao tratamento, prognóstico da doença e sobrevivência do doente. Esses revelam a eficácia e “razão de ser” da Psico-Oncologia. Assim, através de várias investigações focalizadas na temática da Psico-Oncologia e os efeitos da mesma nos doentes oncológicos e seus familiares, comprovou-se que os doentes oncológicos quando submetidos a Psicoterapia, bem como a sua família revelam efeitos significativos tanto a nível das estratégias para lidar com o diagnóstico e processo da doença, como a nível do seu ajustamento e adaptação ao seu tratamento havendo igualmente efeitos no próprio prognóstico do cancro (Seligman, 1996 citado por Pereira & Lopes, 2002).

Linn, Linn e Harris (1982, citado por Justo, 2001) realizaram um estudo com o intuito de avaliar os efeitos de um acompanhamento psicológico em doentes oncológicos em fase terminal. Teve como objectivos o desenvolvimento de uma relação de confiança; conseguir com que o doente exibisse uma comunicação aberta; redução da negação psicológica da situação; cultivar sentimentos de esperança e de controlo sobre o ambiente; promoção de uma reavaliação do percurso de vida do doente e desenvolvimento de um sentido de vida para cada um deles. Através deste estudo foi demonstrado que, a qualidade de vida dos pacientes a quem se proporcionou uma intervenção psicológica teve uma evolução positiva, ou seja, houve um aumento na sua qualidade de vida após três meses de intervenção, ao contrário dos doentes incluídos no grupo de controlo (Justo, 2001). Estes últimos tiveram uma evolução negativa no que concerne à qualidade de vida (Justo, 2001).

Um outro benefício comprovado, da aplicação de intervenção psicológica nos doentes oncológicos, prende-se com o uso da técnica de relaxamento, ou seja, a aplicação desta técnica demonstrou ter efeitos significativos nas variáveis psicológicas responsáveis pelo sofrimento psicológico do indivíduo (Bindemann, Soukoup & Kaye, 1991, citado por Justo, 2001). Um estudo levado a cabo por Greer et al. (1992, citado por Justo, 2001) que combinou o relaxamento com uma intervenção específica nas estratégias de *coping* que os doentes tinham face à doença, comprovou que essa

combinação revelou efeitos positivos no que concerne à ansiedade, depressão e ajustamento individual face à doença nos indivíduos incluídos neste estudo. A intervenção, focada nas estratégias de *coping* deste estudo, incluiu a identificação dos aspectos positivos do doente, ajudando-o a ultrapassar os sentimentos de desespero promovendo o desenvolvimento de espírito de luta, ensinou-se ainda o doente a identificar os pensamentos negativos, entre outros (Justo, 2001).

Ainda de acordo com um estudo elaborado por Fawzy e Morton (1990, citado por Justo, 2001) acerca dos resultados de uma intervenção psicoterapêutica que incluíam um módulo de educação para a saúde; competências de resolução de problemas; treino de relaxamento e gestão de *stress* e suporte, concluiu-se que, passados seis meses os doentes apresentavam melhoras significativas no uso activo de competências comportamentais, na gestão do *stress* e no funcionamento imunológico. Concluiu-se assim, que as competências para lidar com a situação podem ser aprendidas ou aumentadas (Justo, 2001). Também num artigo de revisão preconizado por Trijsburg, Van Knippenberg e Rijpma (1992, citado por Matos & Pereira, 2002) que consistiu na análise de vários estudos na área da Psico-Oncologia e seus efeitos, verificou-se que as intervenções psicológicas fornecidas aos doentes oncológicos tinham um efeito positivo. Segundo os mesmos autores, a terapia individual era especialmente útil para o alívio do *distress* (*stress* prejudicial), para o aumento da auto-estima e para o estabelecimento de uma percepção de controlo por parte do doente (Justo, 2001). A terapia individual alivia igualmente os problemas físicos, tais como náuseas, fadiga, e perda de peso, bem como contribui para o aumento do nível de actividade e relações sexuais no doente (Justo, 2001). Também se verificou, nessa mesma revisão, que programas de terapia estruturada mostraram significativa eficácia na redução da depressão, do *distress*, da ansiedade e no melhoramento do auto-conceito. Por fim, nesta revisão concluiu-se que as intervenções comportamentais quando associadas à hipnose mostraram utilidade na redução da ansiedade, depressão, raiva, hostilidade, confusão e *distress*. Inclusive mostraram-se úteis na dor, náuseas e vómitos que estão associados ao tratamento do cancro (Justo, 2001).

De acordo com Andersen (1992, citado por Matos & Pereira, 2002), a psicoterapia pode ser um veículo facilitador do ajustamento à doença, nomeadamente no que diz respeito à preservação das actividades interpessoais, ocupacionais, sociais e sexuais. O facto de se ajudar os doentes na aquisição de competências e no alcance de

comportamentos e atitudes facilitadoras de uma melhor adaptação ao cancro permite uma melhoria da qualidade de vida, tanto do doente como dos seus familiares e no próprio prognóstico da doença oncológica.

Pertinente de referir ainda, é o trabalho de Kneier e Temoshoc (1984, citado por Matos & Pereira, 2002). Estes autores identificaram quatro respostas características ao diagnóstico de cancro, sendo elas: a) Espírito de luta: doentes que aceitam o diagnóstico mas que permanecem otimistas, procuram informação e recursos, estando determinados a combater a doença; b) Evitamento positivo (negativo): doentes que rejeitam o diagnóstico ou minimizam a seriedade deste; c) Fatalismo (aceitação estóica): doentes que aceitam mas não procuram informação, acreditam que não têm poder para influenciar o curso da doença e que o seu futuro está nas mãos dos médicos ou de Deus e d) Desesperança/sensação de incapacidade: doentes que acreditam que as suas vidas chegaram ao fim, sentem que ninguém os pode ajudar e que não há nada a fazer, deixando-se consumir pela doença. Mais tarde foi adicionado uma outra característica caracterizada por preocupação ansiosa com pensamentos em relação à doença, bem como sentimentos de depressão (Matos & Pereira, 2002).

Ainda em relação às características de resposta ao diagnóstico, Seligman (1996, citado por Matos & Pereira, 2002) afirma que o espírito de luta; o evitamento positivo; relações fortes e de suporte e habilidades para lidar eficazmente com o *stress*, são qualidades pessoais associadas a um bom prognóstico. As qualidades pessoais associadas a um mau prognóstico prendem-se com o fatalismo; a desesperança/sensação de incapacidade; a ansiedade e depressão; a supressão de emoções; o estilo de vida caracterizado por isolamento; relações familiares pobres durante a infância; nível socioeconómico baixo e perdas significativas. As qualidades pessoais associadas a um bom prognóstico podem ser aprendidas e desenvolvidas e as associadas a um pior prognóstico podem ser atenuadas durante a psicoterapia. Aos doentes a quem foi feito o diagnóstico de cancro, esta mudança pode representar uma grande diferença no curso da doença, como também na capacidade para lidar com o diagnóstico e com o seu impacto (Matos & Pereira, 2002).

A Psico-Oncologia tem também um papel importante no que diz respeito ao nível de sobrevivência do doente. Assim, através de uma investigação que teve como alvo mulheres com cancro de mama e onde se usou psicoterapia de grupo, comprovou-se que

após doze meses esta modalidade teve efeitos altamente significativos no que diz respeito à redução de sintomatologia psicológica, nomeadamente a perturbação emocional, tensão, ansiedade, entre outros (Spiegel & Yalom, 1978; Spiegel, 1979; Spiegel et al., 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, 1985; Spiegel et al., 1989, citado por Justo, 2001). Mais do que esses efeitos, os indivíduos sujeitos a esta intervenção em grupo exibiram níveis de sobrevivência superior aos sujeitos que estavam incluídos no grupo de controlo. Ou seja, após dez anos de tratamento, o grupo experimental obteve uma média de sobrevivência de 36,6 meses e o grupo de controlo obteve uma média de 18,9 meses (Spiegel & Yalom, 1978; Spiegel, 1979; Spiegel et al., 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, 1985; Spiegel et al., 1989, citado por Justo, 2001).

Quando se comparou os dois grupos verificou-se que a sobrevivência é diferencialmente mais acentuada após o vigésimo mês, depois do início do tratamento, isso faz com que depois do quadragésimo mês os casos passíveis de se observarem, sejam quase todos do grupo experimental, ou seja sujeito a intervenção. Os grupos eram compostos por sete a dez doentes e tinham uma frequência semanal. A duração das sessões era de noventa minutos e ocorriam num período de doze meses (Spiegel & Yalom, 1978; Spiegel, 1979; Spiegel et al., 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, 1985; Spiegel et al., 1989, citado por Justo, 2001). A terapia de grupo objectivava fundamentalmente o fornecimento de apoio psicológico; exploração da problemática dos paciente, focados no “aqui e agora”; promoção da partilha de medos e preocupações comuns aos doentes sujeitos à intervenção; aprofundamento de assuntos críticos do momento do doente, tais como a morte, problemas familiares, dificuldades em relação aos tratamentos médicos, comunicação com os profissionais de saúde e capacidade para desfrutar da vida na sua totalidade quando se depara com situação terminal (Spiegel & Yalom, 1978; Spiegel, 1979; Spiegel et al., 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, 1985; Spiegel et al., 1989, citado por Justo, 2001). Nesta intervenção partia-se do pressuposto de que nos grupos com doentes oncológicos a intervenção podia ser feita em diferentes níveis e os seus resultados podiam ser altamente notórios. Ou seja, os pacientes podem ter o papel de modelos de identificação para os outros doentes o que consequentemente poderá fazer com que os pacientes desenvolvam o seu conjunto de estratégias para lidar com a doença (Spiegel & Yalom, 1978; Spiegel, 1979; Spiegel et al., 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, 1985; Spiegel et al., 1989, citado por Justo, 2001). Os doentes podem igualmente ajudar outros membros assumindo uma posição

activa e de valorização própria ao ajudá-los reduzindo assim sentimentos de impotência e de inutilidade. O facto de os pacientes viverem esta situação em conjunto faz com que adquiram a noção de pertença social e de grupo de pertença promovendo o evitamento do isolamento social e sentimentos de solidão (Spiegel & Yalom, 1978; Spiegel, 1979; Spiegel et al., 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, 1985; Spiegel et al., 1989, citado por Justo, 2001).

Segundo Seligman (1996, citado por Matos & Pereira, 2002) a psicoterapia pode sem dúvida ajudar o doente a adquirir consciência dos seus medos e sentimentos sobre a sua doença, o seu tratamento e acerca do futuro, expressando-os de uma forma positiva; a diminuir os níveis de depressão, ansiedade e de *stress*; a desenvolver competências para lidar com o *stress* e compreensão da importância de combatê-lo; a desenvolver um sentimento de optimismo e de que se tem poder sobre a doença e espírito de luta. Ajuda a adquirir uma sensação de controlo e de auto-eficácia; de competências de comunicação e assertividade e usá-las eficazmente com a família, os amigos e a equipa de saúde. Promove a recuperação e o estabelecimento positivo das relações familiares ou interpessoais e a desenvolver ou recorrer a sistemas de suporte, incluindo o terapeuta. Permite adquirir informação acerca da doença e das opções de tratamento; a tomar decisões acerca do tratamento e de outras questões; a reduzir os efeitos secundários do tratamento e a manter o auto-conceito durante o curso da doença e tratamento. Facilita, também a criação de um estilo de vida saudável e gratificante e por fim, ajuda a lidar eficazmente com os medos de recorrência da doença e morte. Por último, um efeito igualmente importante de ser abordado prende-se com o facto de a Psico-Oncologia ser passível de promover um aumento de eficácia do sistema imunitário, assim Spiegel (1992, citado por Matos & Pereira, 2002) refere que o facto de haver um aumento de competências e de estratégias para lidar com o cancro, aprendidas em psicoterapia, beneficia directamente o sistema imunológico, representando uma mudança na atitude do doente levando-o a uma maior adesão às recomendações e directrizes médicas. Desta forma é-lhe conferida motivação para se envolver em comportamentos pró-saúde. Esta questão leva-nos para o papel da Psiconeuroimunologia que será abordado sucintamente no ponto seguinte.

2.2.1.Os domínios da Psiconeuroimunologia

De acordo com um estudo levado a cabo por Schwenk (1998, citado por Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000) pôde-se comprovar que os sintomas depressivos associam-se a um risco duas vezes mais alto de morte por cancro (17 anos depois) e a uma maior incidência de cancro (nos 10 anos iniciais da pesquisa). Observou-se, em alguns indivíduos, que determinados antecedentes, tais como frustrações e conflitos, estão presentes antes do aparecimento de doença oncológica. Vários autores perceberam ainda que, o doente oncológico reflecte dificuldades em transmitir, verbalizar e expressar as suas emoções, nomeadamente as agressivas e hostis, desconhecendo-as inclusive. Os doentes manifestam uma incapacidade de introspecção, não identificam sentimentos e emoções e manifestam dificuldade na sua verbalização (Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000). Neste sentido, e pelo facto de, possivelmente a depressão e o cancro estarem fortemente correlacionados e sendo a depressão um possível factor de risco para o desenvolvimento de doença oncológica, a Psiconeuroimunologia tomou lugar. Esta area visa analisar a associação entre neurotransmissores, neuropeptídios e neuro-hormonas e a função imunológica (Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000). Desta forma, estudos revelam que a íntima relação entre depressão e cancro pode ser bidireccional ou seja, “o sistema imunológico pode, através da produção de citocinas, criar um feedback negativo sobre o sistema nervoso central, e vice-versa” (Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000). Os agentes stressores têm então a capacidade de provocar mudanças na imunocompetência do hospedeiro e levar a uma imunodeficiência do mesmo havendo a probabilidade de este funcionar como um precursor do desenvolvimento de neoplasias (Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000).

Segundo Deitos e col. (1997, citado por Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000) durante diversos eventos stressantes, nomeadamente privação, situação de dor e sofrimento, a inter-relação dos processos adaptativos do sistema imunológico e do endocrinológico pode sofrer alterações, o que faz com que o organismo esteja mais debilitado e susceptível de contrair doenças. Existe ainda a possibilidade de que o comprometimento imunológico facilita aos microorganismos, existentes na flora orgânica normal, a sua patogenia, ou seja, tornam-se patogénicos para o organismo fazendo com a probabilidade de desenvolvimento de neoplasia aumente (Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000).

De acordo com Moreira (1994, citado por Garcia, Tafuri, Nogueira e Carcinoni, 2000) “pode-se afirmar que o aparecimento do cancro, bem como a sua evolução são afectados pelas variáveis psicossociais, assim como se sabe que factores psicológicos exercem influência no sistema imunitário, o qual por sua vez pode contribuir para o aparecimento e a progressão da carcinogénese”. As reacções psicológicas podem, em qualquer caso, ser primariamente determinantes ou interagirem com os factores biológicos na produção da doença”.

Neste sentido, sugere-se que o cancro tem uma etiologia multifactorial podendo ser uma doença psicossomática (Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000). Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni (2000), referem ainda, que “um outro mecanismo etiológico para a depressão como factor determinante de cancro é a interferência imunológica por vias serotoninérgicas. O cérebro e as células do sistema imunológico comunicam-se através do sistema nervoso autónomo, e isso estabelece a ligação anatómica, fisiológica e emocional entre o sistema nervoso central e o imunológico. A depressão é capaz de inibir as respostas do sistema imunológico, predispondo o organismo às neoplasias malignas”.

Por último, Moreira (1994, citado por Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000) refere que “a actividade da célula “natural killer” é significativamente diminuída em pessoas deprimidas, quando comparado com grupos de controlo normais. Um outro mecanismo seria o da indução, pelo stress psicossocial, do aumento da produção de ácidos graxos livres e colesterol (níveis séricos), os quais apresentam acentuada acção imunossupressora”.

Em suma, e resumindo de forma breve o impacto que os agentes stressores têm no indivíduo e a sua grande capacidade de afectar o sistema imunológico, poder-se-á então referir que uma célula normal num indivíduo, quando sujeito tanto a um evento oncogénico, tais como mutações; radiações ultravioleta; substâncias químicas e hormonas, poderá desenvolver-se num tumor maligno. O mesmo poderá acontecer quando o indivíduo está sujeito a factores psicossociais stressantes, como frustrações e conflitos. Esta exposição a esses factores prejudica o funcionamento do sistema imunológico e afecta a produção de células responsáveis pela morte de células alteradas, vulnerabilizando o indivíduo e predispondo-o para o desenvolvimento de cancro, ou tumores malignos.

Assim, por haver esta forte associação entre os agentes stressores psicossociais e a probabilidade de desenvolvimento de cancro, como também em caso de doença estes afectarem o seu prognóstico, torna-se crucial que a intervenção nesta área tenha uma grande atenção na redução dos níveis de *stress* e de factores passíveis de desorganizar e constituírem-se como grandes stressores na vida do doente.

2.3.A aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental – Razões e seus efeitos

O presente estágio privilegia como método de intervenção psicológica a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC). Desta forma, fará todo o sentido enquadrá-la e justificar o seu uso neste contexto que não cai de todo no vazio, havendo pertinência e razões para que a mesma seja aplicada no âmbito da doença oncológica.

A TCC tem tido uma aceitação gradual tanto por parte da equipa de profissionais de saúde como pelos próprios doentes oncológicos. Uma das razões para esta aceitação prende-se com o facto do impacto positivo que esta terapia tem a curto prazo e de forma imediata no que concerne ao *stress* negativo e ao sofrimento do doente. Uma outra razão inclui a questão da facilidade com que esta terapia pode ser aplicada, como também a percepção de controlo que é fornecido ao doente em momentos de maior vulnerabilidade (Lopes, Santos & Lopes, 2008).

Os procedimentos mais comuns da TCC aplicados ao doente com cancro são principalmente aplicados visando a redução do impacto dos efeitos secundários do tratamento desta doença (Mundy, DuHamel & Montgomery, 2003; Redd, Montgomery & DuHamel, 2001, citado por Lopes, Santos & Lopes, 2008). Esses procedimentos passam pela técnica de gestão de contingências; a dessensibilização sistemática; o treino de relaxamento; reestruturação cognitiva e modelagem. O treino de relaxamento é o que mais eficácia demonstra ter, em relação aos restantes procedimentos (Vera & Vila, 1997 e Cayrou & Dolbeaut, 2002, citado por Lopes, Santos & Lopes, 2008). O relaxamento aplicado ao doente com cancro visa ensiná-lo a entrar num estado de relaxamento profundo permitindo que haja uma redução da dor, tendo já havido evidências desse efeito (Syrjala & Chapko, 1995 citado por Lopes, Santos & Lopes, 2008). O relaxamento mostrou ainda ter efeitos na redução dos níveis de ansiedade (Evans & Connis, 1995 e McGrath & de Veber, 1986, citado por Lopes, Santos & Lopes, 2008).

Um outro tipo de tratamento fornecido a estes doentes diz respeito à farmacoterapia, esta deve ser usada ou tida como um tratamento adjunto e não como uma substituição à intervenção psicológica, existindo muitas vezes incompatibilidade entre os fármacos e os próprios tratamentos da doença, podendo prejudicar o seu prognóstico (Scott, 1994).

Além dos benefícios que a TCC pode ter nos doentes oncológicos em particular, bem como na sua família, a aplicação desta terapia neste contexto acarreta consigo alguns problemas e dificuldades. Desta forma, pode-se dizer que um dos problemas mais significativos prende-se com o facto dos pacientes oncológicos exibirem uma visão negativa da realidade que não advém de uma distorção mas sim uma reacção e fruto dos problemas que enfrentam relacionados com o seu diagnóstico. Esta noção não tira de cena a TCC mas tem que ser tida em atenção. Assim, o objectivo do psicólogo não deverá passar por tentar fazer com que o paciente seja muito optimista descurando a realidade do sujeito nem deverá identificar-se com a desesperança exibida por este consequentemente fazendo com que o próprio psicólogo não consiga funcionar plenamente (Scott, 1994).

Um outro problema aqui contido prende-se com a cooperação com outros profissionais de saúde. A TCC visa também fornecer informação acerca da perturbação do doente e discutir com ele as opções de tratamento que tem ao seu alcance. Desta forma, é necessária uma íntima colaboração entre todos os membros da equipa que acompanha o doente para que a comunicação e informações dadas sejam consistentes. O envolvimento da família ou outros membros em toda a vida do paciente também é um benefício e uma questão a ter em conta aquando da aplicação da TCC. Esta envolvimento serve de reforço ao trabalho do psicólogo podendo igualmente dar uma oportunidade para avaliar as cognições da família e das suas respostas emocionais à doença. Finalmente, uma outra questão relevante diz respeito à possibilidade do doente estar numa unidade de internamento psiquiátrico, sendo que nesse caso deverá haver um ajuste da TCC (Scott, 1994).

A TCC mostra sem dúvida ter efeitos benéficos no tratamento do doente oncológico, havendo inclusive evidências desse mesmo efeito positivo no que concerne não só à forma como o doente reage à doença, como também na sua família e contexto envolvente. A TCC, no entanto, apresenta algumas dificuldades que devem ser tidas em

atenção pois, como visto anteriormente poderão comprometer a própria intervenção no doente oncológico.

Parte III

Apresentação e descrição das actividades realizadas em contexto de estágio

1.Objectivos e relevância das actividades realizadas

Neste ponto do relatório irão ser descritas todas as actividades realizadas no contexto de estágio fazendo-se referência aos seus objectivos e resultados alcançados, bem como da sua pertinência e sentido nesse mesmo âmbito.

1.1.Actividades relacionadas com a instituição que acolheu o estágio e que decorreram no local de estágio

Observação de consultas: A actividade de observação de consultas teve como objectivo dotar o estagiário de estratégias de intervenção com o doente oncológico e seus familiares através da observação directa de outros profissionais. Permitiu um primeiro contacto com a temática e com a prática nos domínios da Psico-Oncologia. O processo de observação traduz-se num contexto de aprendizagem muito rico, tendo esta lugar através da modelagem, podendo assim haver um conhecimento do papel do psicólogo na área em questão. Assim, de acordo com o modelo da aprendizagem social de Bandura as aprendizagens podem ter lugar não só apenas através da execução directa e real do comportamento ou de alguma tarefa mas através da aprendizagem vicariante, ou seja através da observação dos modelos sociais e das consequências dos seus comportamentos. Assim, quando se observa algum modelo, ou alguém a desempenhar determinada tarefa também se pode aprender como fazer ou realizar determinada função (Bandura, 1969, 1977, citado por Gonçalves, 1990). Neste sentido, observar outros profissionais em consulta permitiu igualmente a aprendizagem de estratégias de intervenção e condução de uma consulta de psico-oncologia.

Condução de consulta clínica com supervisão directa / Condução de consulta clínica sem supervisão directa: esta actividade teve como objectivo permitir o contacto mais directo e próximo com o paciente possibilitando a aplicação das técnicas e estratégias aprendidas tanto nas pesquisas feitas como na observação directa de consultas. A prática das estratégias aprendidas no contexto de observação permite o reforço da aprendizagem (Gonçalves, 1990). Ao praticar, ao ir para o terreno foi possível aperfeiçoar e desenvolver novas competências permitindo assim um melhor conhecimento e capacidade para guiar e intervir directamente com a pessoa.

Tanto na actividade que passou pela observação de consultas como na condução de consultas, o objectivo passou por dotar o estagiário de competências de planeamento e estruturação de consultas, elaboração de diagnósticos e de avaliações, planeamento de objectivos de intervenção e desenvolvimento de protocolos de intervenção. As competências relacionadas com a condução de consulta passaram pelo desenvolvimento da capacidade de escutar activamente o paciente tendo uma atitude empática e avaliar o grau de risco e sofrimento subjectivo, com base no diálogo exploratório e entrevista clínica. A consulta clínica passou ainda pelo desenvolvimento da capacidade de fornecimento de suporte quer instrumental (psico-educação) como emocional, proporcionando assim um ambiente pautado por uma base segura e porto de abrigo, consequentemente favorecendo a relação terapêutica.

Elaboração de relatórios clínicos: Uma outra actividade relacionada directamente com o processo de observação e condução de consultas prendeu-se com a elaboração de relatórios clínicos de cada consulta. Esta actividade teve como objectivo dotar o estagiário de capacidade de descrição de consulta e retenção de informação pertinente para o conhecimento do indivíduo, organização da história clínica e estabelecimento de relações causais da problemática do indivíduo. Visou ainda dotar o estagiário de competências de estabelecimento de diagnósticos e avaliação psicológica e planeamento de intervenções a serem levadas a cabo para cada paciente, fazendo-se sempre a referência de que cada ser é único e que as intervenções têm que ser ajustadas e adaptadas a cada paciente. A elaboração de relatórios clínicos permitiu também aprimorar uma atitude reflexiva e pensada de cada caso.

Participação em reuniões de serviço: Nestas reuniões são apresentados e discutidos, tanto pelo estagiário como pelos psicólogos que compõem a equipa, de casos clínicos. Aqui são feitas abordagens aos vários casos permitindo aos profissionais a sua discussão com vista a um melhor enquadramento das propostas de intervenção e estratégias a levar a cabo, pelo profissional, com o paciente. As reuniões de serviço têm o papel de orientação e supervisão dos casos conduzidos na Unidade de Psico-Oncologia. No contexto das reuniões de serviço também foram feitas apresentações de temáticas, nomeadamente de quadros psicopatológicos. Essas apresentações são

conduzidas pelos psicólogos e estagiários sendo atribuído a cada um destes uma temática diferente fazendo-se sempre a ponte com a doença oncológica. A partilha de casos e pareceres sobre como intervir com os pacientes torna-se crucial, pois permite uma melhor adequação do tratamento e planeamento das intervenções beneficiando assim o paciente.

Elaboração e apresentação de temática: a temática conduzida e apresentada pelo estagiário teve como tema a Hipocondria. Esta elaboração e apresentação de temática visou a promoção tanto de competências de realização e síntese de informação, como de competências de apresentação, comunicação e exposição oral.

A Tabela 2 apresenta de forma sistematizada as consultas observadas pelo estagiário e as consultas conduzidas pelo estagiário. É apresentado o número de consultas assistidas e conduzidas, o diagnóstico, o supervisor e a fase do processo terapêutico.

Tabela 2 – Consultas assistidas, casos seguidos e acompanhados

Caso/Idade	Diagnóstico/ Motivo da consulta	Paciente Oncológico ou Familiar	Nº de consultas assistidas	Fase do processo terapêutico
Consultas assistidas				
Caso 1/ 57 anos	Sintomatologia depressiva	Familiar	1	Drop-out
Caso 2 / 47 anos	Falta de apetite, dificuldades em dormir, sintomatologia depressiva – doente terminal	Paciente	1	Drop-out
Caso 3 / 89 anos	Sintomatologia depressiva – solicitou consulta devido ao cancro de mama da	Familiar	1	Drop-out

	filha			
Caso 4 / 30 anos	Sintomatologia depressiva	Paciente	1	Drop-out
Caso 5 / 34 anos	Encaminhamento pela mãe/ sem sintomatologia clinicamente significativa	Familiar	1	Drop-out

Casos seguidos (assistidos mais que uma vez, mas não à responsabilidade do estagiário)

Caso 6 / 52 anos	Sintomatologia depressiva e ansiosa (motivo da consulta – cancro de mama da esposa e conflitos familiares)	Familiar	13	Drop-out
Caso 7 / 23 anos	Perturbação depressiva, sintomatologia ansiosa com ataques de pânico, sintomatologia obsessivo-compulsiva, Pert. Dependente da Personalidade/ compareceu em consulta com queixas de ansiedade, pânico, medos e sintomatologia depressiva	Familiar	11	Drop-out
Caso 8 / 9 anos	Encaminhamento pelos pais devido a cancro da mãe para avaliação clínica	Familiar	4	Alta Clínica
Caso 9 / 59 anos	Sintomatologia ansiosa (motivo da consulta - processo de doença oncológica cancro da próstata)	Paciente	7	Em acompanhamento/ término do processo de observação

Caso 10 / 63 anos	Sintomatologia depressiva	Paciente	4	Em acompanhamento/ término do processo de observação
Caso 11 / 13 anos	Encaminhada pela mãe devido a mau comportamento/ conflitos familiares	Familiar	6	Em acompanhamento/ término do processo de observação
Caso 12 / 30 anos	Terapia de casal /conflitos familiares	Paciente	5	Drop-out
Caso 13 / 13 anos	Sintomatologia ansiosa, encaminhada pela mãe	Familiar	6	Drop-out
Caso 14 / 25 anos	Processo de luto do irmão mais novo/ tristeza demarcada	Familiar	6	Drop-out
Caso 15 / 62 anos	Processo de luto do marido /Sintomatologia Depressiva	Familiar	2	Em acompanhamento/ término do processo de observação
Caso 16 / 7 anos	Pedido de avaliação clínica pela mãe devido ao falecimento do avô	Familiar	4	Alta Clínica

Casos acompanhados (acompanhamento da responsabilidade do estagiário)

Caso 17 / 6 anos	Pedido de avaliação clínica por parte da mãe devido a falecimento do avô/ queixas da mãe relativas a choro da criança face à perda e medos	Familiar	5	Em acompanhamento
Caso 18 / 63 anos	Sintomatologia depressiva	Paciente	7	Em acompanhamento

Caso 19 / 7 anos	Encaminhamento pela mãe devido a irritação fácil e tristeza demarcada e preocupação excessiva devido ao cancro do pai	Familiar	6	Em acompanhamento
Caso 20 / 75 anos	Processo de luto da esposa	Familiar	3	Em acompanhamento
Caso 21 / 74 anos	Sintomatologia depressiva e ansiosa, preocupação exacerbada com a questão de saúde	Paciente	2	Em acompanhamento
Supervisor: Dra. Patrícia Gomes	Total de casos: 21	Total de consultas assistidas: 95		

1.2. Actividades de supervisão académica

Participação em reuniões de supervisão académica: as reuniões tinham carácter semanal e visavam um acompanhamento às actividades do estagiário no âmbito da instituição. Permitiram o esclarecimento de eventuais dúvidas relacionadas com casos clínicos e outras actividades. As reuniões objectivaram, igualmente apoiar o estagiário na construção e realização do relatório de estágio fornecendo o feedback necessário à sua elaboração.

1.3. Outras actividades

Pesquisa e elaboração de trabalhos relacionados com a temática da instituição: Com vista a um primeiro contacto com a instituição e aquando do processo de observação de consultas foi feita a elaboração de dois trabalhos relacionados com o âmbito e contexto da instituição. Um primeiro trabalho passou por uma pesquisa e exploração exaustiva acerca de todos os tipos de cancro, bem como todas as especificidades que esta doença acarreta, passando por uma abordagem às

consequências e impacto da doença, quer no doente oncológico, quer em todo o seu contexto envolvente. Este trabalho incluiu ainda uma abordagem pormenorizada à Psico-Oncologia e aos seus domínios de actuação nas várias fases do Ciclo Psico-Oncológico. Um outro trabalho prendeu-se com uma recolha, organização e descrição das várias Terapias Cognitivo-Comportamentais, abordagem privilegiada neste contexto. Este trabalho incluiu uma abordagem teórica a todas as Terapias Cognitivo-Comportamentais, bem como uma descrição das várias técnicas associadas a cada uma delas. Foi incluído ainda uma abordagem à associação entre estas terapias e o doente oncológico e a sua aplicabilidade, pertinência e impacto positivo no doente. Esta actividade de elaboração de trabalhos relacionados com a doença oncológica teve como objectivo instruir e familiarizar o estagiário com a temática do cancro e na intervenção neste contexto permitindo um envolvimento mais profundo com o próprio contexto de estágio. Através do estudo exaustivo e pesquisa de informação acerca destas temáticas foi proporcionado um conhecimento mais sólido acerca da intervenção e particularidades da doença oncológica proporcionando assim uma base mais coesa de informação acerca de um tema tão vasto e dotado de especificidades e particularidades próprias. Permitiu igualmente uma melhor preparação do estagiário para a actividade de observação e de condução de consultas sob a sua responsabilidade.

Recolha e pesquisa de artigos, bibliografia e instrumentos de avaliação relacionados com as principais consequências psicológicas da doença oncológica:

Esta actividade passou por uma selecção de instrumentos de avaliação das principais sintomatologias associadas ao doente com cancro validadas à população portuguesa e pela pesquisa bibliográfica do impacto e implicações da doença oncológica no indivíduo. Teve como objectivo permitir ao estagiário um contacto e conhecimento mais profundo acerca dos diferentes instrumentos orientados para a avaliação de sintomatologia psicológica, como também um maior conhecimento da sua aplicação e interpretação. Permitiu uma familiarização da vasta informação relacionada com o impacto psicológico da doença oncológica, como também serviu para promover no estagiário o desenvolvimento de competências de pesquisa e selecção de informação pertinente e viável no contexto da doença oncológica contribuindo também para o enriquecimento da base bibliográfica da Unidade de Psico-Oncologia. O trabalho de pesquisa ou investigação contribui para um desenvolvimento benéfico da prática do

psicólogo (Castro, 1999). Assim, o trabalho de pesquisa de informação, de investigação sobre determinada temática serve como um auxílio e base a qualquer prática promovendo a sua aprimoração e conseqüentemente funciona como um meio de aprendizagem, tal como a observação.

As actividades acima mencionadas, que se relacionam com questão da prática de investigação, pesquisa bibliográfica e elaboração de documentos e trabalhos consoante essa pesquisa, leva-nos para a noção do modelo do cientista-prático. A actividade de um psicólogo com base no modelo do cientista-prático contribui em grande escala para o próprio desenvolvimento da psicologia (Belar, 2000). Ou seja, além da prática, se esta estiver validada empiricamente e houver um conhecimento da teoria, das bases científicas e bibliográficas acerca do contexto em que essa pratica se insere, a própria prática estará engrandecida e beneficiada. Desta forma, se tornou e se torna tão importante que os trabalhos de pesquisa e investigação e concretização desta sob a forma de sintetização da informação em trabalhos tenha sido deveras valoroso. Funcionou, assim como um veículo auxiliar a toda a prática do estagiário no contexto da Psico-Oncologia. Pertinente ainda acrescentar que, a formação e construção de um bom profissional passa precisamente pela realização de pesquisas científicas, pela prática e pela integração da investigação com a prática (Belar, 2000).

Envolvimento em acções de sensibilização: Esta actividade passou pela deslocação a diversas instituições, nomeadamente o Hospital de Magalhães Lemos; o Hospital de Valongo e o Hospital de Braga. Teve como objectivo dar a conhecer o trabalho levado a cabo pela Liga Portuguesa Contra o Cancro e a Unidade de Psico-Oncologia permitindo uma maior divulgação da instituição e conhecimento do público em geral, como também sensibilizar o mesmo para o rastreio e precauções a tomar para prevenir a doença oncológica. O trabalho do psicólogo aqui passou também por sensibilizar as pessoas, que passam por um processo de doença oncológica da importância de ter um acompanhamento em Psico-Oncologia para uma melhor integração da doença.

Participação em formações: Esta actividade passou pela frequência em formações nomeadamente formação em Psico-Oncologia pediátrica e formação em Biologia do

Cancro. Tanto uma formação como a outra permitiram ao estagiário uma formação mais especializada e aprimorada na área da oncologia e Psico-Oncologia que se torna importante e crucial no contexto em questão. Como visto anteriormente é importante que o psicólogo na área da oncologia tenha um conhecimento específico e aprofundado das especificidades que a doença oncológica tem e o seu impacto nos indivíduos. Tratando-se, desta forma, de uma doença que exhibe um ciclo próprio, características particulares e singulares faz todo o sentido que o psicólogo integrado nessa área se muna de conhecimento e estratégias próprias para intervir nesta área. Estas formações permitiram então uma melhor capacidade de actuação nesse mesmo contexto.

Integração no grupo de Organização do I Congresso Ibérico de Psico-Oncologia: Esta actividade passou pelo envolvimento em todo o processo de organização do I Congresso Ibérico de Psico-Oncologia dentro do qual foi exercida a função de secretariado. Proporcionou o envolvimento em trabalho de equipa, permitindo a aquisição de competências tanto relacionais como de comunicação com o público em geral, visto a actividade ter passado pela elaboração de e-mails com esclarecimento de dúvidas relacionadas com o congresso, como também contactos telefónicos e pessoais no âmbito da divulgação do evento. Essas competências são valorosas no âmbito da psicologia que não se cinge apenas ao contexto clássico de consultório mas sim a toda a comunidade fora do contexto terapêutico tradicional.

Parte IV

Formulação e conceptualização de casos clínicos

1.Caso Clínico L.

O presente caso fez parte de um processo de observação não tendo sido conduzido sob a responsabilidade do estagiário. Os dados que constam no caso são fruto da actividade de observação efectuada e da colaboração com a psicóloga responsável.

História Clínica

• Dados Biográficos do paciente

L. é uma jovem de 23 anos, solteira e desempregada desde Julho de 2011, vive com os pais, o avô paterno e o irmão mais novo cinco anos, em casa do avô, e reside na cidade do Porto. L. namora há quatro anos com um jovem que trabalha em *part-time* no supermercado da família de L.

• Motivo da consulta

A jovem foi encaminhada para as consultas de Psico-Oncologia por aconselhamento da mãe que lhe falou da possibilidade de ir a um psicólogo nesta mesma Unidade, visto a mãe ser doente oncológica, com cancro de mama detectado em 2007, não estando já a fazer tratamentos. A jovem aceitou a sugestão da mãe pois não “se sente bem há bastante tempo”. L. encontra-se a ser acompanhada pela Unidade desde dia 27 de Outubro de 2011

• Dificuldades actuais

L. apresentou-se numa primeira consulta com uma aparência pouco cuidada, um discurso fluído, organizado e coerente, um contacto ocular adequado tanto quando fala como quando escuta. A sua postura corporal não é erecta notando-se igualmente que a jovem mantém sempre uma posição curvada. O discurso é dotado de registos emotivos sempre que aborda temas que lhe causam sofrimento subjectivo.

Actualmente L. apresenta medos de andar sozinha, estar sozinha incluindo andar sozinha de transportes públicos. Esses medos relacionam-se, de acordo com L., com o

facto de poder sentir-se mal ou que algo lhe aconteça e não ter ninguém para a ajudar. Andar de metro é o que L. evita mais e o local onde se sente pior, evidenciando tonturas, náuseas e sensação de que “o chão foge dos pés” mal entra na escadaria da estação. Essa sintomatologia agravou desde que teve um episódio, há 6 meses, em que se sentiu mal nesse mesmo local com essa sintomatologia física. L. sente igualmente necessidade de verificar se as portas e torneiras estão bem fechadas quando se tem que ausentar de casa, concretizando essa necessidade. Quanto à necessidade de verificar as portas, é referido o medo de poder entrar alguém em casa. A jovem refere que já por duas vezes isso aconteceu, tentaram entrar em casa, não para assaltar mas por engano da porta sendo que uma das vezes o sujeito estava alcoolizado. Os comportamentos de verificação ocupam cerca de cinco minutos do horário da jovem, principalmente quando L. é a última a ausentar-se de casa. Se não for a última, já faz uma revisão mais rápida. Para contrariar essa necessidade, L. pede à mãe para o fazer, sentindo-se melhor, confiando na mesma.

Em relação a sintomatologia física, L. refere sentir-se cansada mal acorda, melhorando com o passar do dia, sente dificuldade em levantar-se de manhã. Conta episódios em que quando está mais nervosa sente picadas no peito, vontade de vomitar e falta de apetite, com sensação de bola na garganta. Foi-lhe modificada a medicação, pelo médico das urgências do centro de saúde, sendo que não houve uma boa tolerância, agravando a sintomatologia, voltando a fazer a medicação anterior, descrita agora como ineficaz, não tendo o efeito pretendido, que antes da sensação de palpitação, tinha.

Quanto a sintomatologia psicológica, L. refere sentir-se triste, principalmente à noite quando tem que ir para casa, sabendo que vai haver conflitos, nomeadamente discussões entre ela, a mãe, o pai e o avô. Não tem vontade para fazer nada, tendo sempre vontade de ficar em casa, sozinha numa divisão, não sozinha em casa, só a ver televisão o dia todo. Quando acorda pensa que o dia lhe vai correr mal e que vai haver conflitos, verbaliza ter pensamentos negativos sobre o dia e refere ser tudo automático, mal acorda, pensa dessa forma. Essa sintomatologia está presente desde o aparecimento do cancro da mãe em 2007, altura em que os conflitos familiares também agravaram. Verbaliza sentir que já não tem a mesma mãe que tinha e que tem medo que ela saia mesmo de casa, chorando sempre muito quando a mãe o ameaçada fazer. Não consegue admitir a possibilidade de ter os pais separados e não quer ter que escolher com quem terá que ficar. É ainda referido pela paciente que por vezes acha que ninguém gosta

dela, afirmando que por vezes nem ela própria. Põe em causa igualmente o sentimento dos pais e do namorado por ela. Tem vontade que os medos passem porque sente que se passassem, conseguia arranjar emprego e ir às entrevistas.

O dia-a-dia de L. passa por ficar em casa o dia todo, antes ia com a mãe para o supermercado, algo que já não acontece, só se dirigindo ao supermercado se o pai for. Quando tem que estar sozinha em casa está sempre a verificar a porta de entrada sendo que na última vez que isso aconteceu até “ficou sossegada”, sendo que ficou apenas sozinha por um curto período de tempo. Há alturas em que vai três a quatro vezes verificar a porta da entrada.

A sintomatologia apontada por L. faz com que a mesma não consiga arranjar emprego, ou até mesmo procurá-lo. Refere não ter coragem de responder a anúncios de trabalho, pois se for chamada sabe que não vai conseguir ir até à entrevista sozinha, pois o medo que lhe possa vir a acontecer algo, de se sentir mal e de não ter ninguém para a ajudar são impeditivos da realização de esforços para a procura de emprego, incluindo acabar o curriculum e enviá-lo. Mesmo quando confrontada com a possibilidade de ter uma proposta de emprego irrecusável fora da cidade do Porto L. refere não aceitar se tivesse que ir sozinha, mas se fosse com o namorado ou com os pais já tomava essa decisão, verbaliza inclusive “eu com os meus pais vou para todo o lado”. Sozinha L. refere não conseguir fazê-lo. Este comportamento acontece igualmente com a carta de condução. L. tem adiado a sua frequência nas aulas por não querer ir sozinha à escola, estando o namorado à espera para ir com ela, também tirar a carta. Refere não ter tido ainda coragem e que só vai se o namorado a acompanhar. Conta um episódio em que respondeu a um anúncio de emprego e que foi chamada apenas para a empresa a conhecer melhor, após a leitura do seu currículo. L. pediu opinião à mãe e ao pai se deveria ir obtendo um sim por parte dos pais. A iniciativa e insistência para que L. fosse à entrevista foi levada a cabo pela mãe que acabou por acompanhar a jovem à entrevista. L. acrescenta só o ter feito pelo facto de a empresa ser perto do supermercado da família. Acabou por não ser seleccionada para o trabalho tendo-lhe sido justificado que apareceram pessoas mais qualificadas para o cargo. As opiniões das decisões que L. tem que tomar não se restringem a iniciativas relacionadas com o trabalho mas sim também em relação aos contactos sociais. L. contou um episódio em que uma amiga grávida lhe pedira para ser acompanhada a uma ecografia ao que L.

inicialmente rejeitou por ser de manhã cedo. Acrescentou que foi pedir a opinião à mãe que a aconselhou a ir, tendo L. concordado e feito o que a mãe sugeriu.

Relativamente aos medos e evitamentos que L. faz em relação ao andar e estar sozinha, a jovem conta um episódio em que teve que ir sozinha ao correio pois o pai não a quis acompanhar. L. refere ter-se sentido abandonada pelo pai e ligou à mãe relatando que podia ter-se sentido mal aquando do percurso, a mãe ligou-lhe mais tarde para perguntar se L. estava bem. Um outro episódio semelhante foi quando L. não estava disposta em ir para casa com os pais pedindo-lhe para a deixarem na rua sozinha, pertor de casa. Refere que depois sentiu que lhe podia acontecer algo, tendo dito isso aos pais e acrescentando que estes deveriam ter ido atrás dela. A mãe justificou o facto de n ter ido ter com a filha para lhe dar “espaço”. L. quando conta este episódio refere ter ficado triste por ninguém ter ido ter com ela mesmo após ter dito à família querer estar sozinha.

Desde que conheceu um amigo com o mesmo problema e medos evidenciados pela jovem, estando o mesmo a ajudar L. na sua ultrapassagem, a jovem tem já saído de casa com mais frequência, fazendo pequenos percursos sozinha indo ter com o amigo. Esses percursos são feitos enquanto a jovem está ao telefone com o irmão ou com o namorado certificando-se de que vão ter com ela se esta se sentir mal ou que estão no final do seu percurso. L. aponta esse amigo como alguém que a compreende, que não a pressiona a arranjar emprego como os pais e que “é diferente dos pais”, sente-se como nas consultas de psicologia. É alguém que tem dado muito apoio a L. e segundo a mesma, a tem incentivado, e vice-versa. L. relata que o amigo não exerce tanta pressão sobre ela como o namorado e a família no que diz respeito à ultrapassagem dos seus medos e refere que é por isso que se sente melhor. Relata que como viu que o amigo ultrapassou os seus problemas, que são iguais aos de L, a jovem acha, que também tem que conseguir, verbalizando igualmente sentir que vai conseguir ultrapassar.

A jovem sente necessidade de falar todos os dias com o amigo e que este não a crítica, como se também estivesse nas consultas, o amigo incentiva-a. É descrito como alguém que a entende e que não vai dizer: “estás tolinha”. L. afirma ter medo que as pessoas lhe digam isso, do seu julgamento mas só em relação ao seu problema e dificuldades. A paciente afirma que também não conseguia falar para uma plateia que tivesse exactamente os mesmos problemas que ela, mesmo sendo iguais, sentia

vergonha e receio e que para poder falar já as tinha que conhecer e ter um elo de ligação, como aconteceu com o amigo recente, que o conheceu através do pai.

Quanto a contactos sociais, a jovem só os tem com a família e com o namorado, sendo os seus principais suportes sociais, não saindo com as amigas, revelando ter medo de o fazer por ter que andar sozinha, por isso recusa todos os convites que lhe são feitos para sair com as amigas. Quanto a opiniões das outras pessoas, L. tem em atenção só à opinião de algumas pessoas, como a família chegada e uma prima, a única a quem ia a casa em criança e ficava lá a dormir. A paciente acha que as outras pessoas não têm má impressão dela, porque tenta ser sempre simpática e bem-educada, mas se contar o seu problema, e o que está a passar, acha que as pessoas iriam alterar a sua impressão. L. acha que principalmente são os psicólogos e os outros profissionais de saúde que a compreendem, acha que algumas pessoas acham que ela não precisa de vir a um psicólogo incluindo a prima.

L. tem medo de se desiludir com as pessoas e que estas a magoem, visto ter já acontecido no seu passado, ajudar determinadas pessoas e estas quando L. precisava não a apoiarem, verbaliza ainda que tem receio de que se ficar bem, e ultrapassar os medos, o amigo deixe de estar com ela. A mesma relata que sempre teve “tendência” para “pôr o pé e as pessoas calcarem, e continuar a deixar lá estar o pé”, referindo igualmente que depois só passado algum tempo é que o tira. Verbaliza dar oportunidades às pessoas mas que depois quando precisa as pessoas não estão lá para ela, refere ter já tido situações dessas ao longo da vida.

L., principalmente quando está mais bem-disposta gosta de estar sempre a abraçar as pessoas de quem gosta e com quem convive, várias vezes, dizendo-lhes que gostam dela e expressando vontade que elas também o façam, mostrando igualmente desagrado por estas não lhe corresponderem como desejaria, incluindo o namorado. L. gostava que o namorado lhe dissesse mais vezes que gostava dela e falasse mais com ela acerca dos seus sentimentos. Refere “gostar de sentir que as pessoas estão lá”.

L. em consultas questiona diversas vezes a psicóloga pedindo-lhe opinião sobre o que deverá fazer em várias áreas da sua vida, nomeadamente com o namorado ou decisões relativas à frequência de ginásios para se distrair ou até no ajuste de medicação procurando um psiquiatra. No que concerne ao namorado, as opiniões dizem respeito a como falar com ele em relação aos seus sentimentos e sobre a necessidade que sente em

que o namorado lhe diga mais vezes que gosta dela. L. concorda sempre com tudo o que a psicóloga responsável refere, incluindo os incentivos às saídas de casa. Não contraria os conselhos e sugestões, no entanto nenhum desses conselhos ou sugestões são levadas a cabo pela jovem.

• Início e Desenvolvimento das Dificuldades

Os medos e os comportamentos de verificação já existiam há oito anos, altura em que a paciente fora encaminhada para psiquiatria por aconselhamento do pediatra, devido a essas mesmas queixas. Refere ter conseguido ultrapassá-las com a medicação e terapia de grupo.

Desde há nove meses para cá que essa sintomatologia voltou, sendo relatado por L. que agravou igualmente com o seu despedimento, em Julho de 2011. Tendo também começado essa sintomatologia a reaparecer, de forma mais atenuada, desde o cancro da mãe e os conflitos familiares que dele advieram. Na fase da doença da mãe, L. relata ter sido difícil, refere ter tido receio da mãe não conseguir ultrapassar a situação e de perder o peito, refere ter sido difícil a mãe ter sido operada e também os tratamentos de quimioterapia, bem como a perda de cabelo, revelou ter sido forte e de apoiar a mãe. Verbaliza ainda ter deixado de ter a mãe que tinha e ter havido muitas alterações na família. Sendo que conta episódios em que tem medo de ir para casa porque sabe que vai haver discussões entre os familiares.

• História do Desenvolvimento e das Aprendizagens prévias

No que diz respeito à história e percurso desenvolvimental, desde os 5 anos L. teve sempre medo de dormir sozinha, algo que ainda hoje não o faz, estando a dormir no mesmo quarto que o irmão. Até aos 15 anos pedia à mãe para dormir com ela. Os pais contam-lhe que mesmo antes dos 5 anos tinha já dificuldades em adormecer. Quando o irmão era mais novo, L. afirma ter dormido sozinha durante algum tempo, não tendo sido especificado quanto. Houve ainda um período de tempo em que uma tia de L. esteve a viver em sua casa sendo que ambas dormiam no mesmo quarto. Foi após a saída de casa da tia que L. passou a dormir no quarto do irmão.

A paciente dormiu apenas uma vez fora de casa, em casa de uma prima que segundo a paciente só o fez por “insistência” da prima pois L. não queria ter ficado lá a dormir. Esta foi a única vez que dormiu forra de casa.

Quanto ao nascimento do irmão que faz diferença de L. de cinco anos, o mesmo foi verbalizado pela paciente como sendo bem aceite, sendo que sempre o protegeu muito. Inicialmente verbaliza que “não gostou” por querer que fosse uma menina. Depois a paciente acrescenta: “não deixava ninguém tocar no meu irmão”.

Na escola primária sempre foi uma criança “envergonhada”, pouco participativa, e não falava com ninguém. No entanto sempre se esforçou para tirar boas notas ao longo de todo o seu percurso escolar sendo o mesmo caracterizado pela jovem como bom.

Quanto a amizades sempre teve muito medo que se viesse a desiludir com os amigos. Aos 12 anos uma amiga incentivou-a a fumar, algo recusado pela paciente e que teve como consequência a amiga deixar de lhe falar, L. aponta que poderá ter sido essa experiência que lhe provocou o receio nas amizades e também no contato com novas pessoas.

Quanto à sua educação L. refere que a mãe era mais benevolente e que o pai era mais rígido. Mesmo quando L. queria ir dormir com os pais, a mãe é caracteriza como mais “permissiva” que o pai, que segundo L. a “mandava” logo para a sua cama.

L. caracteriza-se como uma pessoa que sempre gostou de agradar os outros e que faz tudo pelos outros, “dando-se” muito a eles, mas que nem sempre obtém a mesma resposta por partes deles.

• **Medicação Actual**

A medicação actual de L. passa pela toma Xanax (0,5 gramas) dois comprimidos por dia. Este comprimido é indicado para a ansiedade e sintomas ansiosos, bem como ataques de pânico, insere-se no grupo das benzodiazepinas, substâncias que actuam selectivamente em vias polissinápticas; Sertarlina (50 mg) um comprimido de manhã, este comprimido é indicado para a depressão. Está também a tomar, em SOS Victan, que tem como principio activo Loglazepato e pertence ao grupo das Benzodiazepinas, indicado para perturbações de ansiedade e sintomatologia ansiosa. A toma de Xanax já é

realizada desde os 15 anos de L. L. verbaliza em consultas que “mal passa a hora da toma de Xanax sinto que ele chama por mim”.

• **Métodos de avaliação/ Resultados das escalas**

O presente caso foi alvo de observação por parte do estagiário estando a responsabilidade da condução do mesmo a cargo de um psicólogo que integra a equipa da Unidade. A avaliação psicológica foi feita através de entrevista clínica e diálogo exploratório tendo por base a entrevista de avaliação clínica de Teresa McIntyre (1994). Esta entrevista e a recolha de dados com base na mesma, bem como o diálogo exploratório permitiram recolher informação acerca da paciente permitindo a realização de um diagnóstico. Como método auxiliar da avaliação foram também administrados pela psicóloga responsável, três tipos de testes de avaliação, nomeadamente o Inventário de avaliação de Personalidade (NEO-PI-R), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Inventário de Depressão de Beck versão I. A interpretação dos instrumentos administrados foi realizada pela psicóloga responsável. A sua aplicação teve como objectivo uma avaliação mais completa e pormenorizada da paciente, como também uma compreensão mais abrangente da mesma quanto aos seus padrões de pensamento e interações com o seu contexto. Desta forma, o objectivo prendeu-se com uma compreensão e avaliação mais rigorosa dos traços de personalidade da paciente percebendo melhor o seu funcionamento, os possíveis sintomas psicopatológicos e da sintomatologia depressiva apresentada pela mesma.

Resultados obtidos no instrumento NEO-PI-R

O NEO-PI-R é uma medida das cinco principais dimensões ou domínios da personalidade, assim como de algumas das facetas ou traços que definem cada um dos domínios. O conjunto dos cinco domínios (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade, e Conscienciosidade) e as trinta escalas das facetas, permitem uma avaliação compreensiva da personalidade. Desta forma no caso de L. tem-se os seguintes domínios:

- Neuroticismo: L. é uma pessoa extremamente preocupada, emocionalmente insegura, com sentimentos de impotência, ideias irrealistas, com tendência à

descompensação emocional, envergonhada e inferiorizada e revela ser incapaz de lidar com o *stress*.

- Extroversão: é uma pessoa pouco assertiva, com poucas capacidades para estabelecer e investir nas relações interpessoais e actividades do dia-a-dia, reservada, tímida e pouco exuberante.

- Abertura à Experiência: prefere o ambiente familiar e segue uma rotina rígida, adaptada à sua maneira de ser, sensível.

- Amabilidade: pessoa desconfiada, irritável e pouco colaborativa, apresentando uma visão inflamada de si própria.

- Conscienciosidade: L. é uma pessoa com baixa auto-estima, baixa persistência e motivação e sem objectivos. Revela falta de ambição e fraca força de vontade.

Resultados obtidos no instrumento BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais sendo estas avaliações sumárias de perturbação emocional. Os itens das nove dimensões constituem elementos importantes de psicopatologia.

Desta forma, do perfil obtido, salientam-se, por serem os mais elevados, os valores obtidos nas sub-escalas relativas à obsessão – compulsão (2.7), à sensibilidade interpessoal (2.8), à depressão (3.5), à ansiedade (2.3), à ansiedade fóbica (2.6) e ao psicoticismo (2.4). Os restantes encontram-se ligeiramente acima do ponto de corte, com excepção da ideação paranoide (abaixo do ponto de corte).

Os resultados obtidos na dimensão “obsessão-compulsão” estão de acordo com alguns rituais de verificação que L. pratica antes de sair de casa (nomeadamente portas, janelas e torneiras). Rituais que apareceram há alguns anos, depois de ter andado no Pedopsiquiatra passaram e agora regressaram novamente.

Relativamente à “sensibilidade interpessoal”, L. revela ser uma pessoa muito desconfiada dos outros e mantém poucos relacionamentos com outras pessoas, cingindo-se ao seu meio familiar.

Os resultados na dimensão “depressão” parecem plausíveis uma vez que a paciente manifesta sintomas de humor deprimido, perda de interesse nas actividades, bem como falta de motivação e prazer nas actividades.

Os resultados obtidos na dimensão “ansiedade” podem estar de acordo com o facto de a paciente ter medo de andar sozinha ou de estar sozinha, pelo que quando confrontada com esta situação apresenta sintomas congruentes com um quadro ansioso.

O valor pontuado na “ansiedade fóbica” poderá estar relacionado com o medo persistente que a paciente tem em estar/andar sozinha, que se traduz, na maioria das vezes, comportamentos de evitamento, como ficar em casa porque não quer ir sozinha a lado nenhum sendo congruente com os traços de agorafobia e ataques de pânico exibidos pela paciente.

Os valores obtidos na dimensão “psicoticismo”, colocando-se L. nos valores máximos dos itens referentes a esta dimensão, poderá ter a ver com o facto de a jovem se entregar muito às pessoas e depender muito delas para tudo querendo que a pessoa significativa tome decisões por ela, ou seja, podendo levar a que tenha a sensação de que lhe controlam o pensamento (item 3). O sentir-se sozinha mesmo quando tem pessoas por perto (item 14) poderá estar relacionado com a sintomatologia depressiva que L. exhibe, bem como a possível noção de que não é compreendida, de que ninguém compreende o que sente. A noção de que tem que ser castigada pelos seus pecados (item 34) poderá estar associada ao facto de L. referir ser sempre bem-educada e simpática para as pessoas. O facto de a paciente ter grande dificuldade em sentir-se próxima dos outros (item 44) poderá estar relacionado com a grande necessidade que tem de estar com os outros, de os abraçar e dizer o quanto gosta deles, bem como da sua grande dependência em estar com os outros. O não sentir retribuição, por vezes, por parte da outra pessoa pode levar a que tenha dificuldade de se sentir próxima. Por fim, a impressão que L. tem de que alguma coisa não regula na sua cabeça (item 53) está congruente com a noção que a paciente referiu de que se contar às pessoas o seu problema estas iriam “alterar a impressão que têm”.

Os valores situados apenas ligeiramente acima do ponto de corte (somatização e hostilidade) poderão relacionar-se com o facto de L. somatizar as suas preocupações e pensamentos relacionados com a sua necessidade de dependência e incapacidade para funcionar sozinha e quando ameaçada essa dependência a somatização traduz-se em forma de ataques de pânico toma lugar.

Resultados obtidos no instrumento BDI – Inventário da Depressão de Beck

O BDI é um instrumento que permite avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos. L. neste teste teve como resultado total (T=28), apontando para uma depressão moderada.

• Dados informacionais relevantes para a compreensão da paciente

À data da última consulta L. foi confrontada com sua resistência em realizar os trabalhos de casa prescritos na sessão, nomeadamente o horário de actividade, este último prescrito para que fosse possível ajudar a jovem a preencher o seu tempo e encontrando formas de o ocupar, evitando assim a permanência em casa por longos períodos. Foi igualmente confrontada com a falta de evolução comportamental e realização de esforços de forma permanente que contrariassem a sua sintomatologia. L. reagiu de forma agressiva, referindo achar que estava a ser posta em causa a sua vontade de permanecer em consulta, verbalizando inclusive não conseguir estar num sítio em que não confiam nela. Afirmou, também ir pensar no facto de continuar ou não nas consultas e que iria pensar se viria a uma próxima sessão. Este discurso é proferido de forma directiva e choro não expresso de forma evidente mas sim em forma de lágrimas que escorreram pelo rosto de L., contudo não existe exaltação na voz. Esta abordagem de L. tinha já sido feita de forma menos directiva há duas consultas, quando teria sido já confrontada. Nessa altura foi referido pela jovem ter receio de abordar a psicóloga quanto ao que sentia face a essa confrontação, tendo sido referido que desde essa altura se sentia triste sempre que saía das sessões e que “perdera a confiança na própria consulta”.

L. desmarcou a consulta que estava marcada, no entanto foi igualmente pedido pela mesma, o reagendamento de uma nova sessão. Aquando desse reagendamento L. referiu não ter disponibilidade referindo contactar a unidade quando tivesse “disponibilidade de agenda”.

Formulação Clínica

• Diagnóstico

• Diagnóstico Multiaxial

Eixo I:	296.2x	Perturbação Depressiva Major
Eixo II:	301.06	Perturbação Dependente da Personalidade
Eixo III:		Nenhum
Eixo IV:		Cancro da mama da mãe, discussões familiares, isolamento, desemprego
Eixo V:	AGF= 60	(Actual)

• Justificação do Diagnóstico

Através da análise do caso de L. verifica-se que a sintomatologia que apresenta preenche os critérios para o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major e Perturbação Dependente da Personalidade. Este diagnóstico irá ser justificado com base nos critérios de diagnóstico do DSM IV-TR (APA, 2002). Assim, no que concerne ao diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) aquilo que principalmente define esta perturbação é a forma como clinicamente evolui, ou seja, caracteriza-se pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Major sem que haja presença de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos. Para que um Episódio Depressivo Major seja codificado é necessário que os seguintes critérios sejam preenchidos (APA, 2002):

No que diz respeito ao caso de L., esta parece preencher cinco dos critérios acima mencionados sendo de referir que essa sintomatologia agravou desde a doença da mãe em 2007. Assim a paciente chegou à consulta com queixas de sentimentos de tristeza (Critério 1 – humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias que são indicados pelo relato subjectivo da pessoa, tais como sentimentos de tristeza e vazio, ou

pela observação externa, como o parecer choroso) essa tristeza está relacionada com o facto da possibilidade de haver conflitos entre a família, essa tristeza está presente na maior parte dos dias e possivelmente também se relaciona com o facto de L. acordar e pensar automaticamente que o dia vai ser mau e que não lhe vai correr bem, o que a deixa também triste. L. revela não ter vontade para fazer nada, ou seja, falta de interesse em realizar actividades, tendo sempre vontade de estar em casa a ver televisão o dia todo (Critério 2 – Perda de interesse ou de prazer evidente em todas ou quase todas as actividades durante a maior parte do dia e em quase todos os dias, verbalizado pela pessoa ou descrito por outros).

L. apresenta igualmente dificuldade em levantar-se cedo, tendo sempre muita vontade de dormir principalmente de manhã exibindo também cansaço após o despertar (Critérios 4 e 6 respectivamente – Insónia ou hipersónia quase todos os dias; fadiga ou perda de energia, quase todos os dias). A paciente exhibe, ainda sentimentos de desvalorização, algo apresentado em forma de relatos de que por vezes acha que ninguém gosta dela e que nem ela própria, apresenta igualmente sentimentos negativos e pessimistas de que o dia lhe vai correr mal e de que vão haver conflitos em casa (Critério 7 – Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, que pode ser delirante, quase todos os dias e não apenas auto-censura ou sentimentos de culpa por estar doente).

Todos os sintomas apresentados por L. não preenchem os critérios para episódio misto, ou seja, não há historial de episódios maníacos (Critério B).

Um outro critério de diagnóstico para a o Episódio Depressivo Major diz respeito ao sofrimento subjectivo clinicamente significativo que os sintomas causam no indivíduo ou à deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante. Ora, no caso de L. as relações sociais estão comprometidas pois esta permanece a maior parte do tempo em casa, querendo estar sozinha e não mantendo qualquer tipo de contacto social a não ser apenas com os membros da família que com ela vivem (Critério C).

Toda a sintomatologia depressiva apresentada pela paciente não é provocada pelo efeito fisiológico directo de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicação) ou por um estado físico geral (por exemplo, hipertiroidismo) visto não haver condição clínica significativa, ou consumo de drogas ou medicação excessiva no historial de L. (Critério D).

Finalmente, L. não se encontra em processo de Luto pelo que preenche o Critério E para o Episódio Depressivo Major que se refere ao facto de os sintomas não serem melhor explicados por Luto, ou seja, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou inibição psicomotora.

Poder-se-á afirmar tratar-se de uma Perturbação Depressiva Major, Episódio Único segundo o DSM IV-TR (APA, 2002), devido ao facto de não ter havido no historial clínico de L. interrupção de pelo menos dois meses consecutivos dos sintomas que fazem parte dos critérios para Episódio Depressivo Major.

L. exhibe no seu historial clínico episódios de ataques de pânico. De acordo com o DSM IV-TR (APA, 2002), um ataque de pânico caracteriza-se por um período distinto de desconforto ou medos intensos, acompanhado pelo menos por quatro sintomas de um grupo de treze sintomas somáticos ou cognitivos. Estes sintomas incluem palpitações, suores, tremores ou estremecimentos, dificuldades em respirar, sensações de sufoco, desconforto ou dores no peito, náuseas ou mal-estar abdominal, tonturas ou sensação de cabeça oca, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controlo ou de enlouquecer, medo de morrer, parestesias e sensações de frio ou calor.

No historial clínico de L. existe evidência de sintomatologia de ataque de pânico, tendo já L. experimentado sintomas como tonturas, náuseas, suores, desconforto e dores no peito perante situações como, andar de metro ou autocarro e também em situações em que se sente mais nervosa, nesses casos sente palpitações, sensação de bola na garganta e vontade de vomitar.

Para que seja diagnosticado Perturbação de Pânico é necessário essencialmente que os ataques sejam recorrentes e inesperados, ou seja, sem associação a alguma situação específica ou a simples probabilidade de confronto com a situação passível de provocar o ataque. No caso de L. essa condição não se verifica pois, a jovem tem esses ataques sempre que tem que andar de metro, ou autocarro tendo medo igualmente da recorrência desses mesmos ataques. Embora os critérios C (os ataques de pânico não são provocados pelos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou um estado físico geral) e D (os ataques de pânico não são melhor explicados por outra perturbação mental, como Fobia Social, Fobia Específica, Perturbação obsessivo-Compulsiva, Perturbação Pós-stress traumático ou Perturbação da ansiedade de separação) sejam

preenchidos, o Critério A não se encontra preenchido pelo que se exclui o diagnóstico de Perturbação de Pânico.

L. parece exibir também sintomatologia agorafóbica assim, os critérios de diagnóstico segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) para a Agorafobia são:

Critério A – Ansiedade por se encontrar em lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil (ou embaraçosa) ou nos quais possa não ter ajuda disponível no caso de ter um Ataque de Pânico inesperado ou situacionalmente predisposto ou sintomas semelhantes ao pânico. Os medos agorafóbicos envolvem um conjunto característico de situações que incluem estar só fora de casa; estar numa multidão ou esperar numa fila; atravessar uma ponte; e viajar de autocarro, comboio ou automóvel. L. efectivamente exibe medos de estar e andar sozinha, incluindo medos de andar de autocarro e de metro tendo ataques de pânico quando perante essas situações. Tem medo de se deslocar a algum sítio sozinha, nomeadamente ir a entrevistas de emprego e passear com amigas. L. pensa igualmente que lhe vai acontecer algo de errado, que se vai sentir mal e que não tem ninguém que a possa ajudar tendo que levar assim a sua figura contrafóbica, nomeadamente o irmão, a mãe, o pai ou o namorado, preenchendo assim este critério.

Critério B – As situações são evitadas (por exemplo, são feitas restrições nas deslocações) ou enfrentadas com imenso mal-estar ou ansiedade de vir a ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico, ou requerem a presença de uma pessoa de confiança. L. mais uma vez parece exibir sintomatologia congruente com este critério, pois existem tentativas de evitar as viagens de metro e de autocarro e quando o faz, principalmente de autocarro, fá-lo sempre com grande receio de poder sentir náuseas, tonturas e de as pessoas não a poderem ajudar nessa altura, dessa forma os trajectos de autocarro são feitos em curtos percursos e com a certificação por parte da paciente que estará à sua chegada a pessoa de confiança. O mesmo acontece nos trajectos a pé ou nas idas a entrevistas em que requisita a companhia da mãe para as entrevistas de emprego e liga constantemente para o irmão ou namorado quando caminha sozinha na rua.

Critério C – A ansiedade ou evitamento fóbico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como a Fobia Social; Fobia específica; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação Pós-stress Traumático ou Perturbação da ansiedade de Separação. L. não exibe comportamentos de evitamento de situações sociais por medo do embaraço ou vergonha excluindo assim a Fobia Social); o seu medo não é circunscrito a uma situação específica (excluindo assim a Fobia específica); não evita a sujidade nem tem medo da contaminação; excluindo a Perturbação Obsessivo-

compulsiva); não evita estímulos associados com um stressor (excluindo Perturbação de stress Pós-Traumático), nem evita o afastamento de casa ou dos familiares (excluindo a Perturbação de ansiedade de separação).

Com base na análise do caso chegou-se à conclusão de que L. manifesta alguns traços de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, nomeadamente a verificação de portas com medo que entre alguém em casa e a verificação de torneiras, para que não ocorra nenhuma problema em casa. No entanto esses traços não são suficientes para diagnosticar a Perturbação pois, além de não ocupar mais de uma hora por dia na vida da paciente não lhe causam um mau estar que lhe perturbe o seu dia-a-dia ou o seu funcionamento (Critério C), inclusive fica descansada e a ansiedade diminui quando é a mãe a fazer as verificações em vez de L.

Justificando agora o diagnóstico apresentado no Eixo II, a Perturbação Dependente da Personalidade segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) caracteriza-se essencialmente por uma necessidade geral e excessiva de ser cuidado, o que faz com que a pessoa tenha comportamentos de submissão, pegajoso e angústia de separação. Este padrão inicia-se na idade adulta e está presente em diversos contextos. A pessoa ao ser submissa e dependente tem como objectivo a obtenção de cuidados tendo estes origem na auto-percepção de que se é incapaz de funcionar adequadamente sem a ajuda dos outros.

No caso de L. verificou-se que a jovem preenche cinco critérios para o diagnóstico de Perturbação Dependente da Personalidade. Assim, L. evidencia dificuldades na tomada de decisões, uma necessidade em que os outros tomem decisões por ela e em áreas importantes da sua vida. Esse comportamento está contido em relatos da paciente quando verbaliza ter pedido à mãe e ao pai opinião quanto às idas a entrevistas. Também se verifica a existência destes comportamentos aquando do pedido de L. de conselhos à psicóloga responsável, nomeadamente sobre o namorado, sobre as idas ao ginásio e também sobre a ida a um novo psiquiatra (Critério 1 e 2 – dificuldades em tomar decisões sem um excessivo aconselhamento e tranquilização pelos outros; necessidade de transferir responsabilidades para os outros na maior parte das áreas importantes da sua vida). L. não discorda em momento algum do que a psicóloga diz e quando o faz nunca o é de forma autoritária ou com o intuito de fazer permanecer a sua vontade ou opinião, relata ainda dar sempre oportunidade às pessoas e que mesmo quando a pisam “deixa lá ficar o pé” (Critério 3 – dificuldade em discordar dos outros por medo de perder suporte ou aprovação). A jovem é incapaz de tomar a iniciativa de ir a entrevistas ou em tirar a carta por achar que não o consegue fazer sozinha precisando

de alguém para a acompanhar (Critério 4 – dificuldade em iniciar projectos ou fazer coisas por sua conta, pela ausência de motivação ou energia). A jovem tem muitas dificuldades em estar sozinha e medo que a deixem só, sentindo-se abandonada quando não a acompanham. Esta sintomatologia e pensamento estiveram verificaram-se no caso da ida ao correio sem o pai e no caso em que L. verbaliza ter receio de que se ficar melhor o novo amigo que conheceu deixe de estar com ela (Critério 7 – procura urgente de outras relações em substituição de alguma relação íntima terminada). Por fim, L. relata e exhibe necessidades de que as pessoas lhe digam que gostam dela e vice-versa, gostando de estar sempre a abraçar e sentir que os outros estão perto, justificando assim o comportamento pegajoso característico desta perturbação.

Segundo o DSM IV-TR (APA,2002), uma das características associadas à Perturbação Dependente da Personalidade é o pessimismo e descrença em si próprio aliado à tendência para minimizar as capacidades pessoais. Esta característica parece estar presente no funcionamento de L. aquando de verbalizações relacionadas com o despertar já com sentimentos e pensamentos negativos de que o dia vai correr mal, e de que não vai conseguir ir às entrevistas e consequentemente arranjar emprego. O próprio funcionamento profissional nas pessoas que exibem esta perturbação pode estar diminuído pelo facto de poder haver a necessidade de tomar iniciativas independentes. Esta situação parece igualmente assolar L. pois esta não consegue ir a entrevistas ou até mesmo enviar ou acabar o currículo, comprometendo assim o seu ingresso no mundo do trabalho. Desta forma, justifica-se o diagnóstico de Perturbação Dependente da Personalidade.

• **Diagnóstico Diferencial**

Segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) o diagnóstico diferencial da Perturbação Depressiva Major pode ser feito com a Perturbação de Humor Secundária a um Estado Físico Geral, ou seja a Perturbação Depressiva Major teria que ocorrer na sequência de uma doença física e ser considerada uma consequência fisiológica directa de um estado físico geral específico, no caso de L. isso não se verifica pois não existem registos no seu historial clínico de qualquer tipo de doença física clinicamente significativa. A perturbação depressiva Major pode também ser distinguida da Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, ou seja o abuso de droga, de medicação ou tóxico está na

origem do desenvolvimento da Perturbação Depressiva, o que no caso de L. não se verifica.

A Perturbação Distímica também pode ser distinguida da Perturbação Depressiva Major pela gravidade, cronicidade e persistência. Ou seja, na Perturbação Depressiva Major, o humor depressivo tem de estar presente pelos menos durante um período de duas semanas e na maior parte dos dias e na Perturbação Distímica esse humor tem de estar presente mais de metade dos dias durante um período de pelo menos dois anos. A diferenciação destas duas perturbações não é fácil, pois partilham os mesmos sintomas, aquilo que realmente distingue diz respeito à intensidade dos sintomas e à existência de episódios depressivos major. Isto é, na Perturbação Depressiva Major existe um ou mais episódios depressivos major discretos que se distinguem do funcionamento habitual da pessoa, já na Perturbação Distímica a sintomatologia depressiva é crónica mas com menos intensidade e que têm estado presentes durante muitos anos. No caso de L. a sintomatologia apareceu desde a doença da mãe em 2007 e agravou após o seu despedimento em 2011, ou seja curtos espaços de tempo.

O diagnóstico diferencial pode ainda ser feito com a Perturbação Esquizoafectiva na medida em que não existe ideias delirantes ou alucinações, nem decorre na sequência de uma Perturbação Psicótica como a Esquizofrenia, Perturbação Delirante e Perturbação Psicótica sem outra Especificação.

Passando agora para o diagnóstico diferencial da Perturbação Dependente da Personalidade, esta deve ser distinguida de outras Perturbações da personalidade pois existem perturbações da personalidade que podem ser caracterizadas por sintomas de dependência. Desta forma, a Perturbação Dependente da Personalidade pode ser distinguida pela predominância de comportamento submisso, reactivo e pegajoso. Esta perturbação distingue-se da Perturbação Estado-Limite da Personalidade pois, apesar de ambas se caracterizarem pelo medo de abandono, na Perturbação Estado-Limite da Personalidade a reacção típica é de sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências, ao contrário da Perturbação Dependente da Personalidade onde a reacção passa pelo aumento de apaziguamento e submissão e procura urgente de substituição da relação por outra para garantir o apoio. Ora, no caso de L. esta nunca mostra assertividade ou autoridade quando contrariada, tendo comportamentos de deixar que os outros a “pisem” para permanecer nas amigas e não discordando da psicóloga, mesmo na sua última consulta quando afirmou não concordar, essa afirmação não foi proferida com um tom de voz normal, e acompanhado de choro manifestado apenas por lágrimas a

escorrem-lhe pelo rosto. A Perturbação Estado-Limite da Personalidade distingue-se da Perturbação Dependente da Personalidade pelo facto de na Perturbação Estado-Limite da Personalidade haver um padrão de relacionamentos intensos e instáveis, algo não verificado no caso de L. que inclusive mantém uma relação amorosa de quatro anos.

A Perturbação Dependente da Personalidade também pode ser distinguida da Perturbação Histriónica da Personalidade. Apesar de em ambas haver uma grande necessidade de aprovação, podendo aparentar viscosidade infantil, a Perturbação Histriónica da Personalidade caracteriza-se por comportamentos teatrais com uma procura activa de atenção. O que não acontece com L. onde o comportamento é dócil e apagado sem registos de discurso altivo ou exibicionista.

O diagnóstico diferencial pode ainda ser feito com a Perturbação Evitante da Personalidade, ambas as perturbações têm em comum sentimentos de inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de aprovação, mas no caso da Perturbação Evitante da Personalidade existe um medo de tal ordem intenso da rejeição e humilhação que se apagam até estarem certas da sua aceitação. No caso da Perturbação Dependente da Personalidade existe um padrão de procura e manutenção das relações com as pessoas significativas não as evitando. No caso de L. esta sente necessidade de abraçar as pessoas e de sentir que estas gostam dela exibindo medos de que se ficar melhor a atenção que lhe é dada, nomeadamente pelo amigo, seja retirada.

Por fim, a Perturbação Dependente da Personalidade pode ser distinguida da Alteração da Personalidade secundária a Um Estado Físico Geral, aqui os traços surgem como consequência directa de uma doença do sistema nervoso central (o que mais uma vez não se verifica em L.) Pode ainda ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso crónico de substâncias (como a Perturbação Relacionada com a Cocaína Sem Outra Especificação), o que também não se verifica no caso de L.

De forma a fornecer uma melhor compreensão do caso e do seu diagnóstico podemos dividir a sua análise em termos de factores de manutenção; factores precipitantes e factores predisponentes. Assim, L. apresenta como factores de manutenção do seu problema o isolamento, o evitamento de saídas de casa sozinha sem as suas figuras de segurança (mãe, pai, irmão e namorado); evita os transportes públicos e locais onde não esteja acompanhada e evita a ida a entrevistas ou saídas com amigas fazendo-o apenas na companhia da mãe e outros significativos. Este comportamento faz com que se isole

cada vez mais mantendo as relações pessoais cada vez mais estreitas. O isolamento faz com que se sinta menos capaz e inútil para funcionar sozinha aumentando a sintomatologia depressiva e a procura incansável de companhia para tudo o que faça, reforça igualmente a sua necessidade de dependência e cuidados fortalecendo a sua Perturbação Dependente da Personalidade.

Quanto aos factores precipitantes o diagnóstico de depressão poderá estar relacionada com a Perturbação Dependente da Personalidade, devido aos sentimentos de incapacidade para estar sozinha, necessidade de cuidados e atenção e incapacidade de ser autónoma L. desenvolveu depressão. Os medos de estar e andar sozinha poderão estar relacionados com a necessidade de cuidados e dependência que tem e que desenvolveu ao longo da vida. O facto de efectivamente nunca ter estado sozinha nem ter havido história de iniciativas parentais para isso, inclusive a mãe sempre a acompanhou e mesmo desde pequena nunca se opôs ao facto de L. querer companhia para dormir. Aquilo que poderá estar na origem da sua sintomatologia tanto ansiosa como depressiva poderá ter a ver com o aparecimento de cancro da mãe e com o despedimento do seu emprego, pois foi esse o marco que L. apontou para o agravamento da sua situação. Embora L. tenha referido que já há oito anos que tem medos de estar e andar sozinha não existem para já dados que consigam explicar o motivo, no entanto uma possível explicação estará no desenvolvimento da sua Perturbação da Personalidade que será explanada mais à frente.

Por último, no que diz respeito aos factores predisponentes para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva esta poderá estar na origem da Perturbação da Personalidade, havendo uma tendência para o desenvolvimento da depressão e sintomatologia ansiosa quando uma Perturbação da Personalidade está presente. L. tem associado a si factores psicológicos, nomeadamente os pensamentos de inutilidade, incapacidade e necessidade de cuidados, bem como a baixa auto-estima evidente (traduzida em relatos de desvalorização de que às vezes não gosta dela própria), que predis põem a sintomatologia depressiva. Os medos de estar sozinha, pensamentos de que algo vai correr mal quando não tem ninguém perto, de que se pode sentir mal quando não está acompanhada e de não ter ninguém para a ajudar, também contribui não só para os ataques de pânico como também para o isolamento e conseqüente depressão.

• **Conceptualização do caso**

De acordo com o DSM TR-IV (APA, 2002) a Perturbação Dependente da Personalidade predispõe o indivíduo a uma maior probabilidade de desenvolvimento de Perturbações de Humor, Perturbações de Ansiedade e Perturbação de Adaptação. Essas perturbações têm tendência a se desenvolver quando os indivíduos sentem a sua dependência ameaçada. No caso de L., a jovem apresenta uma Perturbação Depressiva Major e traços de Perturbações de Ansiedade, nomeadamente ataques de pânico, sintomas agorafóbicos e traços obsessivo-compulsivos, que segundo L. despoletaram (apesar de em mais jovem terem passado com medicação e após tratamento psiquiátrico) aquando do aparecimento do cancro da mãe. O cancro da mãe poderá, desta forma reflectir a ameaça à dependência de L. que segundo a jovem, sentiu que já não tinha a mesma mãe. Os conflitos familiares que se originaram também poderão ter sido o que pôs em causa essa mesma dependência, sentindo-se L. desamparada e possivelmente sem a atenção da família que agora está direccionada para o conflito.

Através destas características típicas da Perturbação Dependente da Personalidade e assumindo-se que L. apresenta essa perturbação, achou-se pertinente fazer-se a conceptualização focada na Perturbação Dependente da Personalidade. Justifica-se igualmente todo o desenvolvimento das perturbações comórbidas através da Perturbação da Personalidade, à frente conceptualizada de forma mais explicativa e exploratória.

A Perturbação da Personalidade exhibe como característica essencial a grande necessidade de cuidados. Com vista a que esses cuidados sejam então perpetuados, o indivíduo manifesta comportamentos submissos associados ao medo da separação das figuras cuidadoras (Zanin & Valerio, 2004).

As distorções cognitivas mais presentes no funcionamento desta Perturbação são a baixa auto-estima; a noção de abandono e o medo de errar. As pessoas têm a noção de que sozinhas não são auto-suficientes achando-se incapazes. Segundo uma abordagem comportamental, a pessoa tem falta de iniciativa e não possui *insigth* no sentido de estar a prejudicar a sua própria vida (Safran & MacMain, 1992 e Ventura, 1998, citado por Zanin & Valerio, 2004). Fazendo a ponte com o caso de L., efectivamente verifica-se que a jovem requisita a mãe e os familiares próximos para todas as decisões, nomeadamente o envio de currículos e a ida a entrevistas e opinião sobre se deveria ir acompanhar uma amiga. Inclusive L. solicita igualmente opinião à psicóloga sobre as suas decisões. Também é possível verificar na jovem, várias verbalizações referentes à

incapacidade de sair e andar sozinha, em forma de “não consigo”, mais uma vez comprovando o seu funcionamento dependente. A questão da submissão também está presente em L., que verbaliza deixar ficar o pé para as pessoas continuarem a pisar, notando-se a sujeição a algo que não gosta para não ser abandonada, deixando de parte também a sua opinião.

Ainda abordando as distorções cognitivas típicas da Perturbação Dependente da Personalidade e de acordo com uma perspectiva cognitiva, Beck et al. (1990, citado por Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth, 2004) postulou algumas distorções cognitivas que esta Perturbação tem por base. Assim, a primeira refere-se à noção de incapacidade e de necessidade de cuidados; e a segunda ao facto de as pessoas terem uma auto-percepção distorcida levando-as a concluir que precisam de ajuda e de alguém que as proteja do mundo lá fora, que é visto como perigoso. Estes pensamentos são algo que a pessoa têm tendência a repetir e os quais já aprendeu. O indivíduo possui um pensamento dicotómico, ou seja em dois pólos opostos não havendo espaço para o meio-termo. Assim, sente-se completamente sozinho e abandonado quando a sua dependência é posta em causa ou quando as suas necessidades de dependência não são asseguradas (Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth, 2004). Estes pensamentos e cognições estão presentes no caso de L. que agravou a sua sintomatologia, relacionada com o pânico e medos de andar sozinha, a tristeza e falta de vontade para realizar actividades, desde a doença da mãe. A mãe parece ser a sua principal figura de dependência pelo facto de L. relatar já não ter a mãe que tinha. Nota-se assim, possivelmente uma sensação de ameaça à sua figura cuidadora e consequentemente toda a sua dependência. Outra evidência destas distorções cognitivas evidenciadas por L. tem a ver com o seu despedimento que foi tido por ela como o que ainda veio agravar mais as suas queixas. Poder-se-á concluir que a noção de incapacidade percebida terá para L. tido confirmação após o despedimento, reforçando assim a noção de que efectivamente é incapaz de funcionar sozinha. Esse pensamento leva então a que a necessidade de cuidados e comportamentos dependentes aumentassem desde essa altura. A sensação de abandono e a ameaça à dependência está também presente em episódios da vida de L. nomeadamente na questão da ida aos correios sem o pai. O facto de o pai não ter a acompanhado fez com que se sentisse abandonada pensando que se podia sentir. Mais uma vez, sendo incapaz de o fazer sozinha. Inclusive ligou à mãe para pôr essa hipótese de poder ter-se sentido mal, em questão, reforçando mais uma vez a grande necessidade de cuidados e dependência.

O pensamento dicotómico que os dependentes têm, acima referido, leva-nos à terceira distorção cognitiva postulada por Beck. Ou seja, as pessoas com Perturbação Dependente da Personalidade catastrofizam e dramatizam os seus acontecimentos de vida, mas especialmente as suas relações pessoais. Assim, sempre que há uma ruptura de uma relação esta é encarada de uma forma extremamente dolorosa. Enquanto que, o comportamento e reação normais a uma ruptura seria de oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem acerca do que possa ter falhado, no caso dos dependentes essa reacção é impossível. Qualquer alteração que uma relação possa sofrer é sempre encarada como catastrófico e acompanhada de sensações de abandono, confirmando a noção de que não valem a pena e de que o próprio não é passível de ser amado (Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth, 2004). No caso de L., parece estar presente este funcionamento, ou seja, a jovem duvida que o namorado possa realmente gostar dela e embora não esteja completamente satisfeita na relação permanece nela, reforçando a noção do medo do abandono e do quão catastrófico seria a ruptura da relação. L. evidencia receios também em perder o amigo, que este deixe de falar e estar com ela quando a jovem melhorar e conseguir já andar sozinha. Esta noção poderá levar a que L. perpetue a sintomatologia, permanecendo sem autonomia para que os cuidados sejam assegurados. O facto de a mãe ter estado doente alterando a dinâmica familiar, possivelmente também fez com que L. evidenciasse as características da personalidade dependente encarando essa mudança como catastrófica, fazendo com que percepcionasse, inclusive que a mãe não era a mesma.

Segundo os autores Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth (2004), a possível explicação para esta catastrofização das relações e o pensamento dicotómico presente nos dependentes poderá ter a ver com as relações parentais ao longo do desenvolvimento. Ou seja, alguns pais acreditam que o mundo é perigoso para os seus filhos e que estes necessitam de serem protegidos e cuidados existindo assim uma preocupação excessiva com eles. Isto levará a que a autonomia da pessoa esteja comprometida incapacitando o seu desenvolvimento de forma autónoma. Na história de vida de L. existem poucas informações acerca da sua relação parental e de como os pais a tratavam em criança. A mãe caracteriza-se como mais benevolente que o pai deixando a filha dormir sempre com ela e nunca se queixando do facto de L. ter medo e pedir para dormir acompanhada. A mãe percepciona-se como sempre estando a acompanhar L. em todas as fases e decisões da sua vida incluindo a ida a entrevistas. No episódio da ida aos correios, em que L. teve que ir sozinha, a mãe ligou-lhe para se certificar que esta

estaria bem, após o telefonema da filha. Ora, este comportamento possivelmente poderá indicar a falta de autonomia que a mãe incute em L.

O caso de L. pode ser ainda conceptualizado à luz da Terapia Focada nos Esquemas, que surgiu do desenvolvimento da abordagem cognitiva (Rijo, 2000). Esta abordagem caracteriza-se por ser mais integrativa pois inclui técnicas não só cognitivas como emocionais, relacionais e comportamentais. Apesar de na Terapia Cognitiva de Beck haver a inclusão destas técnicas, estas não foram completamente desenvolvidas. Esta Terapia Focada nos Esquemas mostra-se mais eficaz para o tratamento das Perturbações da Personalidade como também permite uma compreensão mais ampla destas (Rijo, 2000).

Segundo McGinn e Young (1996, citado por Rijo, 2000) a terapia cognitiva breve não é dotada de grande sucesso no que diz respeito ao tratamento das Perturbações da Personalidade, pois estes pacientes são complexos quanto à forma como apresentam os seus problemas; apresentam rigidez; evitamentos e grandes dificuldades interpessoais. Os pacientes com Perturbação da Personalidade não têm acesso aos seus sentimentos, pensamentos e imagens recorrendo-se apenas a treinos curtos. Estes pacientes não acarretam problemas fáceis de identificar, o que dificulta o incrementar um foco de intervenção e rumo na terapia. A motivação nestes pacientes está também comprometida, ou seja, existe resistência para se envolverem na terapia e nas suas implicações, nomeadamente trabalhos de casa. Pessoas com estas perturbações também dificultam a relação colaborativa com o terapeuta, precisando de mais sessões que em outro tipo de quadros. Está também presente a dificuldade na mudança de cognições e forma de funcionar que noutras perturbações são conseguidas através de técnicas triviais das abordagens cognitivas (Young & Lindemann, 1992).

Aproveitando a abordagem anterior face às dificuldades em trabalhar com pessoas com Perturbação da Personalidade no caso de L. verificou-se uma enorme resistência às tarefas de casa e a qualquer incentivo e conselho fornecido pela psicóloga responsável. Essas dificuldades passaram pela realização do curriculum que só foi terminado após várias sessões e vários incentivos; a construção de um horário de actividade ou a monitorização de pensamentos e sentimentos (ambas as tarefas prescritas sem sucesso até à última consulta). A ida sozinha a determinados locais apenas foi conseguido por ter obtido ajuda de um amigo com quem desenvolveu uma relação próxima e em quem confiava, inclusive fazendo questão que este permanecesse no destino ou que a fosse buscar se algo corresse mal.

Existem quatro conceitos fundamentais na TFE: Esquemas Precoces Mal-daptativos (EPM); Processos de Manutenção do Esquema; Processos de Evitamento do Esquema e Processos de Compensação do Esquema (Rijo, 2000).

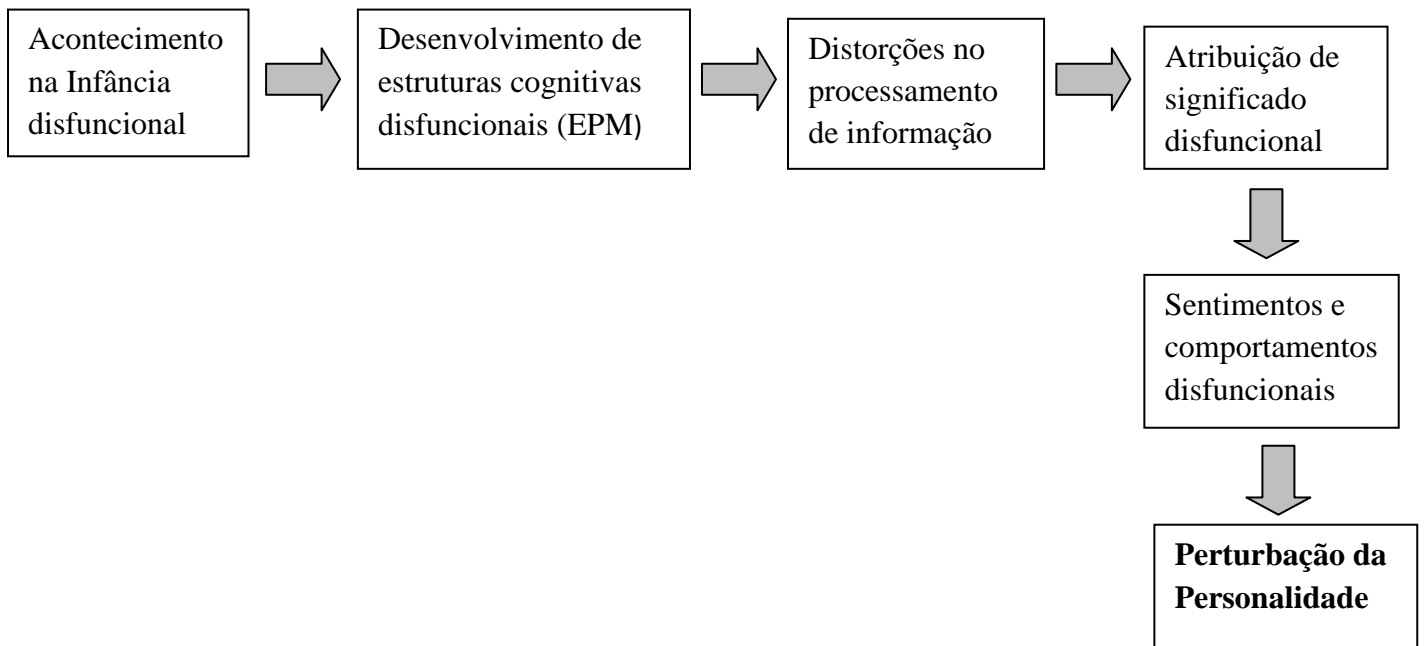
Os EPM dizem respeito a crenças enraizadas, estáveis e persistentes (Young, 1990, citado por Rijo, 2000). Têm um desenvolvimento precoce e são passíveis de gerar problemas nas relações interpessoais e de gerar níveis elevados de afecto disruptivo. Afectam a autonomia da pessoa, a suas relações interpessoais e inclusão social. Reflectem-se num funcionamento fortemente entranhado na pessoa e na forma como se vê a ela própria. Por terem estas características, são altamente difíceis de serem modificados com resultados a longo prazo, quando trabalhados em Terapia Cognitiva Breve (Rijo, 2000).

No caso de L. efectivamente pudemos encontrar padrões de funcionamento muito estáveis e dificilmente dotados de *insight* por parte da jovem. Isto é, as questões relacionadas com o “não consigo” e a incapacidade de funcionar sozinha levando a que se feche em casa e pensando que nunca vai conseguir ultrapassar, apesar dos vários esforços levados a cabo pela psicóloga para que tomasse as iniciativas. A noção que L. tem de ter que ter sempre alguém a acompanhá-la para todo o lado, ou quando em falta desse acompanhamento requisita as chamadas ao longo do percurso, bem como pensar sempre que poderá sentir-se mal e que sozinha nunca vai conseguir, demonstra ser, mais uma vez algo bastante enraizado. O facto de os medos serem tidos como algo que desde sempre se lembra de sentir, faz também a ponte com a noção desenvolvimental e a precocidade dos EPM.

Segundo Young (1996, citado por Rijo, 2000) os EPM são desenvolvidos na infância e prolongam-se pelo desenvolvimento do indivíduo. No caso de L. e não havendo muita suficiente acerca da sua infância ou a forma como esta foi vivida poder-se-á apenas referir que L. relata ter tido sempre medos de dormir e estar sozinha, isso reflectindo-se em nunca ter estado fora do alcance dos pais nem em férias, o que poderá indicar, mais uma vez um funcionamento precoce dos esquemas. O facto de os EPM possuírem tão grande rigidez também é algo visível no caso de L. que, em momento algum põe em hipótese ficar sozinha sem os pais ou namorado numa cidade distante, nem que fosse uma oportunidade única da sua vida. Esta noção será um esquema enraizado e típico da perturbação Dependente da Personalidade evidenciada por L.

A figura 1 sintetiza em esquema como os EPM se desenvolvem.

Figura 1



Young postulou 18 EPM divididos por cinco domínios (McGinn & Young, 1996 citado por Rijo, 2000). Os cinco domínios são: Distanciamento e Rejeição; Autonomia e Desempenho Deteriorados; Limites Deteriorados; Influência dos Outros e Sobrevigilância e inibição.

De forma hierárquica os 18 EPM são: Privação Emocional; Abandono; Desconfiança/Abuso; Isolamento Social/Alienação; Defeito/Vergonha; Fracasso; Limites Indefinidos/Grandiosidade; Auto-Disciplina e Auto-Controlo Insuficientes; Subjugação; Auto-Sacrifício; Procura de Aprovação/Procura de Reconhecimento; Negativismo/Vulnerabilidade ao Erro; Controlo Excessivo/Inibição Emocional; Padrões Excessivos/ Hiper criticismo; Punição.

No caso de L. os EPM presentes são:

- **Abandono/instabilidade:** próprio do seu funcionamento dependente, L. manifesta medo de estar sozinha e sensações de abandono quando a sua dependência está ameaçada;
- **Desconfiança/Abuso:** L. verbaliza ter medo de que as outras pessoas a desiludam, como outrora já o fizeram;
- **Dependência/ Incompetência:** L. manifesta não conseguir estar sozinha e sente-se incapaz de se deslocar sozinha a qualquer lado;

- **Vulnerabilidade ao mal e à doença:** L. tem medo de que algo lhe possa acontecer se estiver sozinha, por exemplo, no autocarro, de se sentir mal e não ter ninguém para a ajudar;

- **Emaranhamento/ Eu Sub-desenvolvido:** No caso de L. a jovem exhibe proximidade emocional excessiva com as suas figuras de dependência, querendo abraçá-las muitas vezes e sentindo necessidade que lhe digam que gostam dela. Isso manifesta-se igualmente no receio que tem em perder o amigo, por estar extremamente ligada a ele;

- **Subjugação:** No caso de L. há um comportamento submisso de não discordar com os outros incluindo a psicóloga, não havendo registos de discussões graves ao longo do seu historial de vida e incluí os comportamentos de “deixar que pisem o pé”;

- **Negativismo/ Vulnerabilidade ao Erro:** L. exhibe sempre pensamentos pessimistas a como poderá correr o seu dia e se irá ou não conseguir ultrapassar os medos de estar e andar sozinha pensando sempre de forma negativa e achando que o dia irá correr sempre mal.

A compreensão destes esquemas só é possível através dos três processos esquemáticos acima já mencionados: Processos de Manutenção de Esquema; Processos de Evitamento do Esquema; e Processos de Compensação do Esquema. Estes processos têm como função a manutenção dos EPM quando estes são ameaçados (Young, 1990 citado por Rijo, 2000).

Os Processos de Manutenção do Esquema reforçam a rigidez do EPM, a manutenção é feita com base nas distorções cognitivas e nos comportamentos (Young & Lindemann, 1992 citado por Rijo, 2000). No caso de L. o facto de haver a crença de que sozinha não é capaz de funcionar, de achar que lhe pode acontecer alguma coisa, que não tem ninguém que a ajude e de que necessita que cuidem dela, faz com que vá interpretar, por exemplo, a questão do pai não a ter acompanhado aos correios, como um sinal de abandono. Ou o facto de o namorado não lhe dizer tanto como esta gostaria, de que gosta dela, como sinal de que possivelmente não gostará, apesar de já ser uma relação de quatro anos. Há assim uma distorção da realidade de forma a manter e confirmar o esquema (Rijo, 2000). Quanto à questão comportamental, L. tem um EPM de Desconfiança/Abuso, ou seja, verificou-se ao longo da sua história que houve sempre uma tendência para tolerar as pessoas que a desiludiam e “pisavam”, enquanto L. dizia deixar que o fizessem por querer dar segundas oportunidades.

Os processos de Evitamento do Esquema referem-se à tentativa que o individuo faz para evitar os seus EPM, pois estes geram afecto negativo significativo, esse evitamento

é feito conscientemente (Young & Lindemann, 1992 citado por Rijo, 2000). Esse evitamento pode ser cognitivo, afectivo ou comportamental. Assim, no caso de L. existe o evitamento a todo o custo de estar sozinha ou em viajar sozinha de autocarro e ir a entrevistas, evita assim o comportamento/acção, evitando essas situações que lhe causam o mau-estar.

Por último, os Processos de Compensação do Esquema dizem respeito à adopção que os pacientes fazem de comportamentos que são opostos ao funcionamento dos seus EPM, em terapia. Estes processos acabam por compensar os EPM. Ou seja, L. no episódio em que quis ficar sozinha sem os pais, saindo do carro, contrariando o medo e a dependência foi contra aquilo que é o seu EPM primário, ou seja necessidade de ter sempre alguém que cuide. O que depois veio reforçar o seu EPM primário foi voltar para casa verbalizando com os pais que lhe podia ter acontecido algo e que deviam ter ido atrás dela.

Explicando agora a questão da comorbilidade de diagnósticos evidenciada por L. e os traços de perturbações igualmente presentes no caso, segundo Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth, 2004) pessoas com Perturbação Dependente da Personalidade exibem uma predisposição para desenvolver perturbações cómorbidas.

Os indivíduos com Perturbação Dependente da Personalidade manifestam uma vulnerabilidade significativa para o desenvolvimento de Perturbações de Ansiedade, mais concretamente Perturbação de Pânico com Agorafobia (Marshall, 1996; J. Reich, 1987 & Starcevic, 1992, citado por Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth, 2004). Ora, precisamente no caso de L. encontramos não só traços de Perturbações de ansiedade, nomeadamente traços Obsessivo-Compulsivos como encontramos ataques de pânico e sintomatologia agorafóbica. Neste sentido, estes traços encontrados, embora não sendo suficientes para se constituir num quadro de diagnóstico, são explicados pela Perturbação Dependente da Personalidade reforçando o seu diagnóstico. Estes traços ou perturbações são desenvolvidas na presença de ameaça à dependência, ou à ruptura da relação, (mãe doente, conflitos familiares, despedimento) traduzindo-se em ataques de pânico, ou sintomas ansiosos (APA, 2002).

Um outro quadro comum em pessoas com Perturbação Dependente da Personalidade, diz respeito ao desenvolvimento de Perturbação Depressiva Major. Os dois quadros estão frequentemente associados (Overholser, 1991, citado por Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth, 2004). De acordo com a Teoria Cognitiva as características primordiais da Depressão são os sentimentos de desamparo e desespero.

As pessoas sem esperança não possuem crença num futuro e pessoas desamparadas não manifestam capacidade para dar um rumo às suas vidas. Estas características encontram-se também presentes nos indivíduos com Perturbação Dependente da Personalidade, ou seja, os dependentes não têm competências de autonomia, têm poucas relações próximas e exibem sentimentos de desamparo. Ao não possuírem a capacidade para lidarem com as adversidades e desafios de vida de forma autónoma facilmente experimentam sentimentos de desespero e facilmente desenvolvem quadros depressivos (Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnanth, 2004). A comorbilidade da Perturbação Dependente da Personalidade com a Perturbação Depressiva Major no caso de L. pode ser assim explicada. Desta forma, o facto de L. não conseguir fazer nada sozinha, de se sentir incapaz para lidar com as situações, nomeadamente os conflitos familiares e a possibilidade de estar sozinha em qualquer circunstância, bem como a ameaça à sua dependência (mãe doente), provavelmente estará na origem do desenvolvimento da depressão.

Por último, existe ainda um modelo explicativo do desenvolvimento de comorbilidades em Perturbações da Personalidade designado por “Modelo da Vulnerabilidade” que foi preconizado por Millon e Davis (1996, citado por Rijo, 2000). De acordo com este modelo as Perturbações da Personalidade são um factor de risco para perturbações do Eixo I. Assim, a perturbação da personalidade faz com que as respostas adaptativas que um individuo poderia dispor face à adversidade estejam comprometidas, desta forma a sua capacidade para responder adaptativamente está diminuída aumentando o risco para o desenvolvimento de outras perturbações. As perturbações da personalidade levam o individuo a envolver-se em situações de grande *stress* e consequentemente diminui a sua capacidade para lidar com as situações. Mais uma vez, predispõe a pessoa a outras perturbações somáticas sendo a Perturbação Depressiva Major um exemplo disso. No caso de L., a sua Perturbação Dependente da Personalidade não a capacita de funcionar autonomamente, coloca-a em situações de grandes medos de estar sozinha, isolando-se ou não tendo objectivos futuros por não conseguir arranjar emprego e não indo a entrevistas. Favorece, assim a sua percepção de incapacidade e consequentemente leva ao desenvolvimento de sentimentos de desamparo e desespero e falta de auto-estima promovendo assim, o desenvolvimento de Perturbação Depressiva Major.

A questão do abandono das consultas, por parte de L., não poderia ser deixada de parte. O drop-out poderá estar igualmente relacionado com a própria Perturbação da

Personalidade que a jovem exhibe. Assim, as pessoas com Perturbação Dependente da Personalidade envolvem-se em consultas para obterem ajuda relativamente a conselhos, estruturação e tomada de decisões (Frances & Ross, 2004). No caso de L. esta veio inicialmente com queixas de medos e dificuldades em andar sozinha, solicitando ajuda para ultrapassar as dificuldades e conseguir efectivamente estar sozinha sem sentir a sintomatologia que essa condição acarreta nela. O facto de ter sido confrontada com a não evolução e resistência à realização de tarefas poderá ter surtido na jovem um efeito que, segundo Frances e Ross (2004) designam como algo causador de ansiedade levando L. a encarar como mais uma exigência que tem de cumprir. Dessa forma, e como possivelmente não viu as suas necessidades satisfeitas desistiu e abandonou as consultas. L. pode ainda ter encarado a situação como uma ruptura na relação pois, houve choro e verbalizações de descrédito na psicóloga. Este comportamento poderá estar congruente com um dos EPM que L. exhibe, relacionados com a desconfiança e a dificuldade em acreditar nos outros achando que se vai desiludir com as pessoas, serviu ainda para L. confirmar esse seu próprio esquema.

Protocolo de Intervenção

O protocolo de tratamento apresentado refere-se aos objectivos e estratégias implementadas com L., aos seus resultados e efeitos. Importante reforçar que o protocolo foi implementado pela psicóloga responsável e não pelo estagiário, no entanto fora do contexto da consulta eram partilhadas hipóteses de tratamento, tendo havido um trabalho conjunto fora das consultas entre a psicóloga responsável e a psicóloga estagiária.

Uma primeira preocupação neste caso foi o estabelecimento da relação terapêutica. Um conceito sempre aliado à relação terapêutica prende-se com a noção de empatia, desta forma, o psicólogo terá de manter com o paciente uma relação dotada de total aceitação, colocando-se o psicólogo no lugar do paciente (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). A grande importância que a relação terapêutica tem, parte também das evidências de que efectivamente esta serve de mediador e factor influente em todo o processo terapêutico, fazendo assim sentido que haja uma integração e foco desta relação aquando da escolha de um modelo de tratamento (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Assim, as primeiras consultas foram conduzidas no sentido do estabelecimento da relação terapêutica, na construção da história de vida e recolha de informação acerca do problema de L.

O caso de L. desenvolveu-se em onze sessões, a seguir será apresentado os objectivos e estratégias adoptadas pela psicóloga ao longo das sessões.

Sessões 1 a 4:

Estas primeiras sessões tiveram como objectivo um contacto inicial com a paciente e o estabelecimento da relação terapêutica. Estas sessões iniciais incluíram:

- Exploração do pedido e motivo da consulta;
- Identificação e definição da problemática;
- Identificação de pensamentos automáticos / Identificação de esquemas mal-adaptativos.

Com vista a alcançar e explorar o pedido e o motivo da consulta foi feita a entrevista clínica Cognitivo-Comportamental de Teresa McIntyre e o diálogo exploratório.

A definição da problemática ou a exploração do pedido é algo primordial em contexto terapêutico. O psicólogo juntamente com o paciente define os problemas específicos que serão posteriormente solucionados em sessões seguintes. Desta forma é permitido obter-se informação mais ampla sobre o paciente para que desta forma também se consiga priorizar os problemas trazidos. Existe a preocupação para perceber a forma como o paciente vê os seus próprios problemas (Young, Rygh, Weinberger & Beck, 2010)

Com vista na identificação dos pensamentos automáticos e esquemas mal-adaptativos foi prescrita uma folha de monitorização de pensamentos e sentimentos onde L. teria que escrever a situação que lhe despoletava a sintomatologia que apresentava, o sentimento e o pensamento associado a essa situação. Com esta prescrição veio também a explicação da associação entre cognição e emoção de forma a que L. conseguisse aperceber-se dos seus pensamentos automáticos, conseguindo desta forma que L. percebesse a sua associação (Young, Rygh, Weinberger & Beck, 2010)

A ficha de monitorização teve como objectivo fornecer uma maior informação quanto ao que desencadeava os ataques de pânico e o mau-estar da paciente, como também ter acesso aos seus pensamentos nesse momento e na identificação dos

esquemas mal-adaptativos. No entanto, os trabalhos de casa relacionados com a identificação dos pensamentos e sentimentos, associados às situações de vida de L., nunca foram realizados. A identificação de esquemas mal-adaptativos precoces foi sempre feita através de diálogo nas sessões, através de exercício de imaginação. Os exercícios de imaginação são bons indutores de identificação de esquemas mal-adaptativos precoces. É realizado um diálogo entre o paciente e o psicólogo colocando-se situações hipotéticas. No caso de L., uma situação foi a possibilidade de ir trabalhar para fora sozinha. A suposição destas situações pode facilitar a ultrapassagem dos processos de evitamento do esquema, chegando-se a este através da sua activação na sessão (McGinn & Young, 1996).

Sessões 5 a 7

Os objectivos destas sessões foram:

- Aprofundar o conhecimento acerca da problemática da paciente e o seu funcionamento;
- Identificação de traços da personalidade, de sintomas psicopatológicos e de esquemas mal-adaptativos precoces através da recolha de informação por via de instrumentos;
- Redução de sintomas.

As estratégias levadas a cabo com vista a alcançar estes objectivos passaram pelo diálogo com a jovem acerca da sua sintomatologia, fazendo-se assim a sua monitorização. De modo a perceber melhor o funcionamento de L. foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação: Inventário de avaliação de Personalidade (NEO-PI-R), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Inventário de Depressão de Beck versão I. Estes instrumentos serviram apenas como um mero auxílio à avaliação psicológica de L. permitindo uma confirmação da avaliação feita através da exploração da problemática, sintomatologia, pensamentos automáticos e esquemas mal-adaptativos da jovem.

É também a partir da administração dos instrumentos que é possível a identificação dos esquemas mal adaptativos precoces e identificar os esquemas nucleares (Rijo, 2000).

Com vista à redução dos sintomas actuais de L., nomeadamente a sintomatologia depressiva, o isolamento e a vontade de não fazer nada, foi proposto um horário de actividade para que desta forma também se conseguisse mudar a questão da

incapacidade e inutilidade que L. sentia fazendo parte dos seus pensamentos automáticos. Desta forma, uma estratégia de combate ao pensamento de que não se é capaz de fazer nada é construir um horário de actividade, planeando hora a hora as suas actividades. O planeamento fornece ao paciente prazer e percepção de capacidade e utilidade por via da realização das tarefas a que se propôs (Young, Rygh, Weinberger & Beck, 2010). Esta actividade prescrita, mais uma vez não foi realizada por L. havendo resistência na sua elaboração até ao término do seu acompanhamento na Unidade.

Sessões 9 a 11

Estas sessões tiveram como objectivos:

- Exploração da história desenvolvimental;
- Activar os esquemas mal-adaptativos precoces presentes em L.

A exploração do percurso desenvolvimental de L. foi feita através de diálogo exploratório e entrevista clínica. A necessidade de perceber o seu percurso desenvolvimental prendeu-se com o facto de L. ter referido ter já a sintomatologia apresentada em adolescente e exibindo um historial clínico de medicação e consultas em psiquiatras. Houve a necessidade de perceber a origem do funcionamento de L. na tentativa de explicar e desmistificar o seu funcionamento actual para que dessa forma se conseguisse uma compreensão mais rica da jovem e consequente uma intervenção mais adequada e adaptada ao seu caso. Através da exploração da história desenvolvimental foi também possível recolher informação acerca dos esquemas mal-daptativos precoces que L. exhibe, bem como a sua origem. Através da informação desenvolvimental foi-se questionando L. quanto aos episódios de vida e da forma como se tem vindo a relacionar com os outros e como encara as suas experiências, mais uma vez permitindo a identificação dos esquemas e a sua consequente activação. Para essa activação foram utilizadas técnicas referentes ao debater de situações actuais e experiências actuais e relatos de memórias da paciente. O paciente fala sobre os acontecimentos que actualmente o perturbam e como os encara a nível de significado. Enquanto isso é observada a activação emocional presente (Rijo, 2000). Esta activação foi possível perceber-se através de relatos de L. quanto a acontecimentos relacionados com desilusões em amizades e as tentativas de permanecer na amizade sujeitando-se a “maus tratos” como continuar lá com pé enquanto a “pisavam” e relacionados com o medo que

tem de se envolver em amizades receando a desilusão. Mais uma vez foram prescritos trabalhos de casa de registos de auto-monitorização, permitindo novamente a activação dos esquemas, algo que mais uma vez não foi realizado por L.

Importante referir que na consulta onze, ou seja a última sessão a que L. compareceu, foi feita a confrontação acerca da não realização dos trabalhos de casa. Face a esta confrontação L. questionou a confiança da psicóloga, o que possivelmente comprometeu toda a relação terapêutica. L sempre justificou a falha dos trabalhos de casa com a falta de tempo, mesmo estando sempre em casa, e com os conflitos que por vezes surgiam também em casa. L. relatou não saber se queria continuar num local onde desconfiavam dela. Ainda assim quis marcar nova consulta, no entanto não compareceu mais, podendo dizer-se que este caso resultou em drop-out. Assim, a intervenção não foi além da acima descrita.

No entanto, se as consultas continuassem poderia ser trabalhado com a jovem a exploração das emoções, bem como a identificação dos EPM. Neste caso, em vez de ser feito sob a forma de trabalho de casa ou em consulta, através de quadros de identificação, possivelmente haveria uma melhor adesão se essa exploração fosse feita através do diálogo nas sessões. Perceber, através do questionamento, os esquemas que L. evidencia, perceber que tipo de pensamento e comportamentos estão associados à manutenção do esquema utilizando-se para isso situações do seu dia-a-dia e exemplos de como reagiria a determinadas situações. Explorar as emoções e sentimentos que L. tem nas suas situações de vida, questionando como se sente em determinadas situações e o que a leva a sentir isso. Com a tentativa de exploração de sentimentos, emoções, pensamentos e a identificação dos EPM em consulta poderá também beneficiar a jovem quanto ao conhecimento da sua forma de pensar e padrões de comportamentos conseguindo com que L. se aperceba e tenha noção de como é o seu funcionamento e de que este não é adaptativo. Com a sua percepção pessoal de que tem esquemas mal adaptativos é que se poderá reformulá-los podendo-se depois, posteriormente, trabalhar com a jovem estratégias adaptativas e formas de pensar ajustadas.

Desta forma, o objectivo seria enfraquecer os EPM tentando fortalecer as competências que L. tem. O mais emergente de se trabalhar no caso das consultas terem continuado seria a afectividade, ou seja, a utilização de técnicas emocionais com vista a ajudar a paciente a lidar com os níveis emocionais elevados que são produzidos pelos EPM (Young, 1990; Young & Lindermann, 1992, citado por Rijo, 2000) que iriam ser activados. Estas técnicas emocionais incluem: Diálogos imaginários com os pais e a

Catarse Emocional. É tido como objectivo o trabalho de expressão emocional associada a experiências de vida precoces onde a paciente não expressou totalmente as suas emoções ou não fez o seu luto. No que diz respeito ao diálogo com os pais, este seria feito através da imaginação de um cenário onde L. manteria um diálogo com o pai ou a mãe expressando o que sente. Quanto à catarse emocional a expressão emocional seria feita através de *role-playing* e através do incentivo à expressão de emoções – ventilação emocional. Pode fazê-lo através de cartas ou de poemas.

Por último, a utilização de técnicas interpessoais também seria útil, estas serviriam para dotar L. de estratégias interpessoais para lidar directamente com as relações nos quais os esquemas são perpetuados Young, 1990; Young & Lindermann, 1992, citado por Rijo, 2000). Assim, irá ser permitido a comunicação das emoções de L. aos outros, emoções essas que não foram ainda expressadas.

Comentário pessoal

O caso de L. não foi um caso de sucesso, foi um caso com um percurso difícil. Houve muitas consultas em que se solicitava L. para a realização dos trabalhos de casa e para a sua importância. Muitas sessões foram pautadas por grandes queixas de L. acerca dos seus medos de andar sozinha, da sua tristeza quanto à relação com os outros e insistência para que melhorasse. No entanto, devido mesmo à sua Perturbação Dependente da Personalidade a resistência tornou-se ainda mais notória, não havia *insigth* quanto aos seus esquemas nem esforço para os identificar tornando-se assim cada vez mais difícil obter evolução.

Numa opinião mais pessoal, o estabelecimento de um diagnóstico de Perturbação da Personalidade Dependente foi feito já em sessões finais não permitindo assim um melhor estudo acerca das suas características. Se houvesse efectivamente um diagnóstico mais precoce da Perturbação possivelmente poderia ter havido uma outra atenção e estudo mais amplo acerca das dificuldades em lidar com a mesma, nomeadamente a questão da confrontação directa com a jovem quanto à não realização das tarefas. Após a conceptualização e estudo mais profundo do caso pôde-se verificar que pessoas com esta Perturbação, face à exigência do psicólogo acabam por ficar mais ansiosas e desistem, pois não existe uma tolerância a essa mesma exigência.

Contudo, foi possível fazer-se com que L. se sentisse bem nas sessões, na sua maioria. Foi possível perceber-se a satisfação que L. tinha na ida às consultas e na

confiança que depositava ao relatar a sua vida, sentindo-se bem. Algo visível não só pelos comportamentos não-verbais como por verbalizações da jovem. L. conseguiu inclusive andar sozinha, embora com retrocessos, mas algo que era impensável antes das consultas, no entanto fica a dúvida se L. só o terá feito após conhecer o amigo desenvolvendo uma relação de dependência com este.

A escolha deste caso não foi feita ao acaso, caracterizou-se por ser um desafio pessoal e pelas características próprias da Perturbação. Não só pelo desafio mas também pela envolvimento que tive com o caso e a empatia por ele criada. Foi um trabalho conjunto e de colaboração com a psicóloga, de grande esforço e dedicação na expectativa de mudar a vida de L. pelo menos de forma a que alguma autonomia fosse conseguida, atenuando o sofrimento que era deveras evidente e que já se prolongava há alguns anos.

Por fim, o caso serviu para mostrar que embora estando a ser seguido na Unidade de Psico-Oncologia, o problema maior da paciente não se cingia ao cancro da mãe ou à preocupação “típica” aliada ao diagnóstico de cancro. Serviu para mostrar que na Unidade o público-alvo é extremamente heterogénio e variado permitindo um conhecimento e experiência mais ampla em várias realidades que não a problemática oncológica.

2.Caso Clínico M.

O caso clínico seguinte apresentado foi conduzido pela psicóloga estagiária.

• Dados Biográficos do paciente

M. tem 75 anos e vive actualmente sozinho na cidade do Porto. Tem duas filhas e quatro netos, dois gémeos do sexo masculino com um ano de idade; uma neta de 17 anos e um neto de 13 anos. M. é Engenheiro Eletrotécnico e reformou-se aos 65 anos tendo retomado o trabalho um ano depois, trabalhando até ao mês de Junho do ano presente.

• Motivo da consulta

M. compareceu na consulta de Psico-Oncologia por iniciativa própria devido ao falecimento da sua esposa devido a cancro no fígado em Junho de 2012. M. dirigiu-se à Unidade uma semana após a perda. O paciente verbaliza querer que as consultas o ajudem a “ultrapassar” a situação da perda. A esposa já se encontrava em consultas de Psico-Oncologia há um ano na mesma Unidade.

• Dificuldades actuais

O paciente dirigiu-se às consultas apresentando-se de forma cuidada, com um discurso fluído, coerente e organizado. Manteve uma postura colaborativa e de aceitação durante toda a consulta e um contacto ocular adequado, dirigindo-o tanto quando fala com a psicóloga como quando escuta.

Inicialmente o paciente apresentou queixas relativas à facilidade de choro aquando da lembrança da esposa e do seu falecimento, notando-se em primeiras consultas discursos emotivos e choro sempre que o assunto da morte da companheira era abordado. Apresentou dificuldades em adormecer, tendo que tomar um comprimido para o efeito mas que só o mantém em repouso até às três da manhã. Afirma que durante o tempo que está acordado pensava muito na esposa e no seu falecimento. Actualmente

toma um comprimido além do anterior que após acordar às três da manhã, o mantém a dormir até de manhã. Desde a doença da esposa que o paciente emagreceu 6 quilos e exibia falta de apetite, alimentando-se mais à noite, sendo que durante o dia não tinha tanto apetite.

M. participou em todos os rituais fúnebres após o falecimento da esposa tendo sido o próprio a tratar de toda a organização do funeral. O paciente frequenta o cemitério uma vez por semana havendo semanas em que não vai relatando que mesmo não indo ao cemitério vai sempre à missa todos os dias, na igreja ao lado do cemitério. Quanto aos pertences da esposa, estes estão tal e qual como ficaram antes do falecimento, incluindo fotos pela casa. O paciente refere que quando olha para os mesmos chora, mas que não fica muito tempo concentrado nos objectos, referindo que isso o perturba. M. relata ter a sensação de que a esposa o chama, sem que tivesse a pensar nela e que mantém diálogos com esta sobre a sua morte e sobre o facto de não poder ter feito mais nada para modificar o desfecho. Acrescenta que à noite tem cuidado ao virar-se na cama por achar que a esposa está ao seu lado.

M. foi casado durante 50 anos com a esposa conhecendo a sua esposa ainda em criança tendo depois perdido o contacto com esta durante alguns anos. O reencontro deu-se uns anos mais tarde, na noite de São João no Porto, o paciente refere que pouco tempo depois começaram a namorar tendo-se casado, de acordo com M., quando ambos terminaram o curso e tinham estabilidade, o paciente tinha 27 anos e a esposa 23. O paciente verbaliza que, as filhas e a diferença de três anos entre as mesmas, também foi algo planeado. Por ter sido no São João que o casal se reencontrou e o pedido de casamento ter sido feito nessa mesma festa, o paciente refere ser uma data ao qual está muito ligado e com forte associação com a esposa. Sempre “falou de tudo” com a esposa e a mesma nunca “repreendeu” M. pelo facto de este sempre trabalhar muito e ter pouco tempo para a família. M. faz questão de manter a tradição do São João passando-o em família, indo jantar fora com as filhas e os netos tal como o fazia com a esposa.

O seu percurso profissional, até ao momento actual, é caracterizado pelo paciente como tendo sempre trabalhado muito e tendo-se sempre dedicado muito à empresa onde trabalhava. Conta ainda que ficava muitas vezes até às duas da manhã a trabalhar no escritório.

M. iniciou a sua formação no ensino superior, segundo ele “tarde” tendo estudado enquanto trabalhava. Foi sentindo necessidade de estudar cada vez mais tendo sido posteriormente promovido. M. refere que nessa altura também ajudava a filha mais velha na escola mas que não conseguiu acompanhar a filha mais nova por ter já muito trabalho, acrescenta que pediu à filha mais velha para ajudar a irmã.

O paciente verbaliza que na altura sentia “muita pressão social” para que os estudos corresse bem e tivesse bons resultados acrescentando que o patrão nessa época em troca de lhe facilitar os horários para estudar lhe pedia que lhe apresentasse os resultados dos estudos. M. conta que como não queria que o patrão fizesse isso preferiu não ter a facilidade na empresa para estudar. Conta também que não devia ter feito isso porque o patrão era “curioso” e perguntava-lhe na mesma pelas notas. M. reformou-se aos 65 anos, altura em que foi operado a um tumor na hipófise. A operação correu mal ficando M. em coma, após a sua recuperação, e passado um ano, o neurocirurgião aconselhou M. a ir trabalhar, algo que o mesmo fez durante mais dez anos. Em Junho de 2012 decidiu deixar definitivamente de trabalhar justificando estar “cansado” e não quer errar no seu trabalho devido a esse cansaço, afirma ter consciência que já não tem as mesmas capacidades de antes e “antes de cometer algum erro” prefere deixar de trabalhar, acrescenta que nunca errou no seu trabalho e “não está habituado a isso”.

Quando M. recebeu a notícia do diagnóstico oncológico da esposa e da irreversibilidade da condição médica da mesma, o verbaliza ter sido como “o cair da noite”, acrescenta que pediu opiniões a outros especialistas tendo feito igualmente tratamentos alternativos fora da zona do Porto incluindo a procura em ordens religiosas de tratamentos, nomeadamente um medicamento que a esposa bebeu durante a doença. O paciente relata que sempre teve esperança na cura mas que no “fundo sabia que não havia nada a fazer”. M. afirma ter feito sempre tudo pela esposa e que nunca lhe referiu que lhe custava levantar-se muitas vezes de noite para lhe dar assistência. O paciente acrescenta ainda que se sente culpado por não ter estado tão perto da esposa antes de saber da gravidade do diagnóstico, mas como tinha muito trabalho não conseguiu estar mais próximo verbalizando: “pesa-me não ter estado tão presente”. Acrescenta ainda ter pensado, após ter visto uma notícia dos sucessos que o IPO do Porto e de Lisboa tinham no tratamento de cancro, que se a esposa fosse lá seguida o desfecho poderia ter sido outro. Ou até mesmo se tivesse ido para o estrangeiro com a esposa.

No que diz respeito ao tratamento da esposa e a todo o processo da doença, M. verbaliza várias vezes, nas primeiras consultas, que se tratou de “um erro clínico” e que houve uma grande espera entre o primeiro diagnóstico e o seu tratamento (seis meses). M. acha que se tivessem começado os tratamentos mais cedo possivelmente a esposa não teria falecido. O paciente culpabiliza o seu compadre que é médico por esse erro clínico, refere que o compadre se ofereceu para tratar do caso da esposa mas que não encaminhou da melhor forma pois segundo M. devia ter detectado o que a esposa tinha e procedido logo para o tratamento. Após os seis meses, a esposa já se encontrava com nódulos espalhados à volta do nódulo inicial. O paciente não mantém contacto com o compadre justificando que antes também não tinha uma relação próxima com o mesmo e que era mais a esposa e a esposa do mesmo que comunicavam. O discurso sobre o assunto do compadre é acompanhado de emoção e choro, nas primeiras consultas. M. acha que não deveria ter tomado a decisão de ter deixado o compadre tratar inicialmente da esposa.

O paciente refere ter medo de ficar sozinho e da solidão, esses pensamentos começaram desde um fim-de-semana em que as filhas não lhe telefonaram e o mesmo passou-o sozinho. Nessa altura foi quando se lembrou mais da esposa. As filhas são quem toma a iniciativa para combinar estar com o pai e que esse foi o primeiro fim-de-semana que aconteceu, M. não falou com elas sobre o que sentiu, segundo o mesmo “para não as preocupar” referindo que foi um “descuido da parte delas” e que se voltar a acontecer irá falar com as mesmas. Acrescenta ainda que é algo “que já passou”. O paciente já procurou alguns lares para a eventualidade de ficar doente justificando essa preocupação para não ter que “sobrecarregar” as filhas e porque isso o tranquiliza deixando-o menos preocupado. A procura de lares já tinha sido feita em conjunto com a esposa, antes do seu falecimento.

No que diz respeito a contactos sociais o paciente tem amigos com quem mantém o contacto, colegas de trabalho com quem refere ter fortes ligações por ter passado muitos anos com eles. Este assunto é acompanhado de sorrisos por parte de M.. O paciente relata sentir-se bem e ficar feliz com o facto de ver os colegas de trabalho mais novos a trabalharem e a aplicarem aquilo que M. ensinou. O paciente manifesta vontade em ter contactos estreitos com as filhas indo almoçar com estas por norma, todos os fins-de-semana.

M. conta, em consultas, que conhece pessoas que também perderam a esposa e que acabaram por ficar “murchos” e não quer que isso lhe aconteça. Aborda também uma “confidência” que o seu neurocirurgião lhe fez quanto a um senhor que deixou de trabalhar e de ter actividade e “agora quase que não fala”. O paciente mais uma vez aborda o facto de não querer ficar assim.

O paciente possui objectivos futuros os quais relata nas sessões, passam pela vontade em integrar uma associação cujo tema central é a hepatite interesse esse devido ao facto de a esposa ter tido hepatite C. Refere ter-se interessado e que já retirou da internet um livro de mil páginas que quer estudar. Estas verbalizações vêm acompanhadas de sorrisos. Um outro objectivo prende-se com a confraria gastronómica que M. tem com um colega. Refere que para já não quer estar a envolver-se novamente nos eventos, mas que em Dezembro, no Natal põe já essa hipótese.

O dia-a-dia do paciente passa por organizar documentação relacionada com o falecimento da esposa e com a sua vinda embora da empresa. Ocupa os seus dias também com pequenos trabalhos em casa, nomeadamente arranjos de persianas, segundo o mesmo “não tenho parado”.

Actualmente o paciente refere já não se sentir tão “triste” e não chorar sempre que aborda a morte da esposa, verbaliza que já consegue falar desse tema sem se emocionar e sem sentir tanta tristeza e vontade de chorar. Acrescenta que as consultas o têm ajudado e que antes das mesmas sentia que não estava “equilibrado” e que agora voltou a sentir “equilíbrio”. Quanto à questão da alimentação, o paciente recuperou o peso perdido e afirma conseguir dormir melhor, embora com a ajuda da medicação, o sono é caracterizado pelo paciente como “repousante” e “descansado”, sentindo-se bem quando acorda.

· **Início e desenvolvimento das dificuldades**

A dificuldade em dormir e alimentar-s,e bem como o choro fácil, os pensamentos constantes acerca do falecimento da esposa ocorreram há um mês, altura em que a esposa do paciente faleceu.

• **História do desenvolvimento e aprendizagens prévias**

M. vem de uma família tradicionalista e religiosa perpetuando os costumes de forma rigorosa. As tradições de família são mantidas pelo próprio paciente, sendo algo que o faz sentir bem e que segundo o mesmo também servem para manter os laços familiares. Quanto ao percurso desenvolvimental não existe situação clinicamente significativa seguindo sempre um percurso normativo.

• **Medicação actual**

O paciente está actualmente a fazer a seguinte medicação:

Proton (20 mg uma vez por dia) Proton é um medicamento sob a forma de cápsulas, destinadas a administração oral, doseadas a 10 mg de omeprazol (substância activa), sob a forma de grânulos gastrorresistentes. O omeprazol é um medicamento pertencente à classe dos inibidores da bomba de protões, que inibe a produção de ácido no estômago, evitando assim que o seu excesso possa provocar sintomas associados a hiperacidez gástrica. Proton é utilizado para o tratamento de curta duração em adultos da azia, perturbações da digestão, enfartamento, indigestão ácida e hiperacidez ou prevenção destes sintomas quando associados ao consumo de alimentos e bebidas;

Cinet que é um medicamento que tem a Domperidona como substância activa (Grupo 6.3.1. Modificadores da motilidade gástrica e procinéticos). Está indicado para o alívio dos sintomas de náuseas e vômitos, sensação de plenitude gástrica, desconforto nos quadrantes superiores do abdómen e regurgitação do conteúdo gástrico. Estes dois fármacos são destinados ao tratamento da hérnia esofágica do paciente;

Rytmonorm (300mg duas vezes por dia), este medicamento está indicado nas taquicardias ventriculares e supraventriculares sintomáticas que requerem tratamento, tais como taquicardias do nóculo AV, taquicardias supraventriculares associadas ao síndrome de WPW ou fibrilação auricular paroxística. Tem como princípio activo cloridrato de propafenona;

Olcadil (2 mg em SOS), o princípio ativo do olcadil é o cloxazolam um tranquilizante do grupo dos benzodiazepínicos. A principal finalidade dessa medicação é controlar a tensão nervosa e os sintomas de ansiedade;

Finasterida (5 mg, meio comprimido por dia) pertence ao grupo farmacoterapêutico denominado por inibidores da testosterona 5-reductase. Finasterida Sandoz é utilizado no tratamento e controlo da Hiperplasia Benigna da Próstata, de forma a regredir o aumento do volume da próstata, melhorar o fluxo urinário e os sintomas associados à doença, reduzir a incidência de retenção urinária aguda e a necessidade de cirurgia. Finasterida Sandoz 5 mg Comprimidos deve ser administrado a doentes com um aumento do volume do tamanho da próstata.

Alfuzosina Sandoz (5 mg, meio comprimido por dia) tem como princípio activo o cloridrato de alfuzosina e está indicado no tratamento das manifestações funcionais da hiperplasia benigna da próstata (HBP). Terapia adjuvante do cateterismo uretral na retenção urinária aguda (RUA) relacionada com HBP (hipertrofia benigna da próstata);

Crestor (rosuvastatina cálcica, 10 mg, meio comprimido por dia) tem como princípio activo a rosuvastatina, pertence a um grupo de medicamentos denominados estatinas e é utilizado para corrigir os níveis de substâncias gordas no sangue chamadas lípidos, sendo o colesterol o mais comum;

Ideos (500 mg), é um suplemento de vitamina D e Cálcio, Vitaminas e Sais Minerais (FHNM: XII-1). Este medicamento está indicado nas seguintes situações: - na correcção da carência combinada de vitamina D e cálcio em idosos; - como adjuvante do tratamento da osteoporose, quando o aporte de vitamina D e cálcio é insuficiente;

Hipercol (50 ml, toma 2 ml de 12 em 12 dias, um por dia), tem como princípio activo Citicolina e é indicado para acidente vascular cerebral e traumatismos cranianos;

Lendormin (0,25 mg em SOS, meio comprimido), tem como princípio activo Brotizolam. Lendormin é um indutor do sono, que atua ao nível do sistema nervoso central. Reduz o período de indução do sono e a frequência dos despertares noturnos, prolongando a duração do sono. Nas doses recomendadas, a estrutura do sono permanece inalterada. Lendormin está indicado na insónia requerendo intervenção farmacológica. Lendormin pertence a um grupo de fármacos denominados benzodiazepinas. As benzodiazepinas só estão indicadas quando a doença é grave, incapacitante ou quando o doente está sujeito a angústia extrema;

Movicol (duas carteiras por dia), é um laxante para o tratamento da obstipação em adultos, adolescentes e idosos. Está indicado como adjuvante do movimento intestinal, mesmo em situações de obstipação prolongada. Movicol actua também em situações de obstipação grave, designadas por impacto fecal;

Aclasta (uma ampola por ano), tem como princípio activo o ácido zoledronico e é indicado para o tratamento da doença óssea de Paget;

Bendalina (gotas), tem como princípio activo Bendazac de lisina di-hidratada e pertence ao grupo farmacoterapêutico: Medicamentos usados em afecções oculares. Anti-inflamatórios. Anti-inflamatórios não esteróides. Bendalina está indicada como coadjuvante no tratamento da catarata (catarata degenerativa pré-senil e senil; catarata juvenil, catarata diabética, opacificação do córtex ou do núcleo do cristalino de diversas etiologias). O bendazac também é útil na prevenção da catarata pré-senil e senil, em doentes com catarata incipiente e na prevenção da catarata secundária (opacificação pós cirúrgica do cristalino e das cápsulas);

Liposic (0,2 % uma aplicação por dia) é usado como substituto lacrimal para o tratamento sintomático de condições de olho seco, resultante de distúrbios na secreção e função lacrimal, causada por doenças locais ou sistêmicas, assim como em circunstâncias onde a pálpebra não fecha ou fecha de modo incompleto, por exemplo, no tratamento sintomático de querato-conjuntivite ressecada.

Formulação Clínica

· Diagnóstico

· Diagnóstico Multiaxial

Eixo I:	V62.82	Luto
Eixo II:	V71.09	Nenhum
Eixo III:		Nenhum
Eixo IV:		Morte da esposa
Eixo V:	AGF= 85	(Actual)

· Justificação do Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial

M. chegou à Unidade com o pedido relacionado com a ultrapassagem da morte da esposa e conseqüentemente do processo de Luto. Neste sentido, através de observação e exploração do pedido e de informação do paciente percebeu-se que actualmente M. está a experienciar um processo de Luto da esposa devido a cancro no fígado. Segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) o Luto é diagnosticado quando se percebem reacções clinicamente significativas originadas após a perda de uma pessoa significativa. Após a perda de alguém próximo as reacções comuns são muito semelhantes aos sintomas de um Episódio Depressivo Major, nomeadamente a falta de apetite, insónia, perda de peso e tristeza. No caso de M. isso efectivamente se verifica, o paciente apareceu numa primeira consulta evidenciando choro fácil, sempre que abordava o assunto da morte da esposa; dificuldades em adormecer e verbalizando ter perdido peso ao longo do processo da doença da esposa.

De acordo com o DSM IV-TR, os indivíduos em processo de luto encaram o humor depressivo como normativo à sua condição e experiência. No entanto pode solicitar ajuda no sentido de diminuir a sintomatologia (insónia ou anorexia). Ora no caso de M.

o próprio recorreu às consultas para obter ajuda a ultrapassar todo o processo assumindo inclusive estar preocupado com o facto de chorar tanto, ter falta de apetite e dificuldades em dormir, bem como sentir que não estava “equilibrado”.

Para se diagnosticar Depressão Major, segundo o DSM IV-TR (APA, 2002) os sintomas teriam que prevalecer dois meses após a morte. No caso de M. os sintomas entraram em remissão ainda no primeiro mês, percebendo-se melhorias ao longo de todas as consultas e de consulta para consulta. Desta forma, o diagnóstico de Depressão Major não se aplica a este caso, sendo de referir que se trata também de um processo de Luto ainda num momento precoce, tendo passado apenas dois meses após a morte.

De acordo com o DSM IV-TR (APA, 2002), o processo de Luto normal pode ser distinguido de uma Perturbação Depressiva Major, isto é, para se diagnosticar Perturbação Depressiva Major teriam que estar presentes em M. os seguintes sintomas:

1. sentimentos de culpa acerca das acções que podia ou não ter sido realizadas pelo sobrevivente no momento da morte;
2. ideias de morte relativas ao sentimento por parte do sujeito sobrevivente de que seria melhor estar morto ou ter morrido com o outro;
3. preocupação mórbida com ideias de desvalorização ;
4. lentificação psicomotora significativa;
5. défice significativo no funcionamento;
6. alucinações excluindo pensamentos de que se ouve a voz ou se vê a imagem da pessoa falecida.

Estes sintomas acima mencionados não estão presentes no caso de M. excluindo mais uma vez o Diagnóstico de Perturbação Depressiva Major reforçando-se consequentemente o diagnóstico de Luto. De referir apenas que o primeiro critério foi preenchido por M. aquando de verbalizações de que poderia ter ido para fora do país ou até para o IPO para tratar a esposa e também ter estado mais presente se soubesse a sua real condição. No entanto esses pensamentos foram transitórios, restringindo-se às consultas iniciais sendo que não houve registo de verbalizações semelhantes até à data da última sessão, acrescentando-se que esses sentimentos de culpa são normativos num processo de Luto normal.

• **Conceptualização do caso**

O processo de luto tem lugar quando alguém experimenta uma perda significativa que não se prende apenas com a morte ou desaparecimento de uma pessoa, mas também de objectos com significados especiais. O processo de luto caracteriza-se por uma adaptação à perda. Essa adaptação desenrola-se em várias etapas ou tarefas (Melo, 2004).

Após a perda de alguém querido ou de algo verdadeiramente significativo, há todo um desenvolvimento de reacções quer emocionais, físicas, comportamentais e sociais. A perda pode ser real ou do campo do imaginário, ou seja, a perda de um ideal ou de uma expectativa. A perda pode ainda ser por morte ou até por capacidades diminuídas (Parkes, 1998, citado por Delalibera, 2010). O luto trata-se de um processo normativo reaccionário a um *stress*. É um processo que não acontece com frequência no dia-a-dia das pessoas mas que de uma forma ou de outra, ou em algum momento, todo o indivíduo acaba por experimentar (Parkes, 1998).

Para a compreensão das reacções face a uma perda torna-se importante que se perceba o porquê de os laços vinculativos que as pessoas estabelecem entre si serem dotados de grande significado (Melo, 2004). Segundo Sanders (1999, citado por Melo, 2004) Bowlby (1980), refere que os laços afectivos originam-se através do contacto estreito com os pais precocemente. É a necessidade de protecção e segurança que o indivíduo tem que faz com que os laços se desenvolvam. Ou seja, trata-se de algo inato a cada ser que promove a proximidade dos pais com os filhos. Inicialmente esta proximidade e necessidade tem carácter unidireccional mas ao longo do desenvolvimento e maturação do ser humano tornam-se laços bidireccionais. Ou seja, num momento precoce da vida do indivíduo, isto é em bebé, quem lhe presta os primeiros cuidados também está incubido de lhe garantir a sobrevivência. Ao longo da vida o sistema de vinculação é perpetuado e tem influência nos laços estabelecidos nas relações amorosas da pessoa. A vinculação é um processo dinâmico (Chisholm, 1996, citado por Melo, 2004). Nas relações adultas já não existe a unidireccionalidade do sistema mas sim a reciprocidade no caso de relações saudáveis. Assim, quanto mais forte for o laço estabelecido entre as pessoas maior o impacto da perda e maior o sofrimento que dela advém (Melo, 2004). De reter ainda, a perda real ou percebida não resulta em algo

estanque e previsível pois, envolvendo entidades complexas, como o ser humano, a própria perda é também dotada de complexidade (Melo, 2004).

No caso de M. e tratando-se de um processo de luto normal foi possível identificar as várias etapas e sentimentos que M. experienciou. Assim, de acordo com Worden (1991, citado por Melo, 2004) existem sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos comuns no processo de luto.

Sentimentos normais após a perda de alguém:

- Tristeza que geralmente se manifesta pelo choro, este sentimento esteve bem presente nas primeiras consultas com M., o paciente chorava sempre que o assunto da esposa era abordado ou algo relacionado com a doença. A tristeza era também comum no dia-a-dia de M. após a morte da esposa.

- Raiva que pode advir muitas vezes de sentimentos de frustração de que algo mais poderia ter sido feito pela pessoa falecida, M. exibiu sentimentos de raiva percebendo-se esse sentimento aquando de verbalizações de que poderia tê-la encaminhado para o IPO ou até mesmo para o estrangeiro sendo que se o fizesse o desfecho poderia ter sido outro. A raiva pode ser encontrada em M. também aquando de verbalizações sobre o seu compadre e sobre a questão do erro clínico no diagnóstico da esposa. M. acha que o compadre não a acompanhou bem e que não deveria ter deixado que o compadre acompanhasse e tratasse da doença da esposa, inicialmente.

- Culpa e auto-censura, este sentimento foi possível perceber-se nitidamente no caso de M. principalmente em verbalizações que este proferiu sobre o facto de lhe “pesar” não ter estado tão presente antes de saber a verdadeira condição da esposa e ter continuado a trabalhar. Está também presente em relatos de ter sempre trabalhado muito e de se sentir culpado por não poder ter estado tão presente ao longo de todo o casamento com a esposa, devido ao fluxo de trabalho. Esta culpa é exibida também nos pensamentos que M. tem de poder ter feito algo mais pela esposa, como ir ao IPO ou para o estrangeiro procurando outras possibilidades de cura.

- Ansiedade, embora este sentimento não seja o predominante no caso de M. pode-se considerar que o facto de ter dificuldades em adormecer e a falta de apetite possam ser provocados pela sensação de ansiedade;

- Solidão, este sentimento é experimentado pela maioria dos enlutados principalmente após a morte de um conjugue. M. evidencia claramente este sentimento pois expressa medos de ficar sozinho e da solidão, algo que pensa e sente com mais frequência quando está sozinho em casa e na hora das refeições à noite sendo alturas em que privava mais com a esposa;

- Fadiga, este sentimento pode vir em forma de apatia ou indiferença, torna-se angustiante para a pessoa quando existe em elevados níveis, principalmente em pessoas muito activas. Ora, este sentimento até à data da última consulta não foi possível perceber-se no caso de M. sendo que não houve registos de fadiga extrema ao longo do processo de luto que o paciente experimenta;

- Choque, é frequente em casos de morte inesperada podendo ocorrer igualmente em situações de morte prevista. Em M. este sentimento não se verificou, embora aquando da notícia da irreversibilidade da condição da esposa e o seu provável desfecho M. possa ter experimentado essa sensação, expressando-a sob a forma de que “foi como o cair da noite”;

- Anseio, caracteriza-se pela ansia da pessoa perdida, no querer que ela volte, quando diminui é sinal de que o processo de luto esta a chegar ao fim;

- Emancipação, esta libertação pode ser um sentimento positivo quando se perde alguém, principalmente em caso de relações opressoras e dotadas de sofrimento;

- Alívio, que se dá quando a pessoa perdida sofria de uma doença prolongada causadora de sofrimento. Geralmente pode vir acompanhada de sensação de culpa pelo facto da pessoa desejar que a outra morra;

- Torpor, em alguns casos a pessoa pode não ter qualquer tipo de sentimento após a perda sendo normal logo após a morte do ente querido. Pode ser saudável permitindo o bloqueio inicial das sensações consistindo numa defesa perante uma dor insuportável.

Além dos sentimentos comuns é possível no processo de luto normal identificar-se sensações físicas, tais como: vazio no estômago; aperto no peito; nó na garganta;

hipersensibilidade ao barulho; sensação de despersonalização; falta de fôlego, sensação de falta de ar; fraqueza muscular; falta de energia e boca seca (Worden, 1991, citado por Melo, 2004).

Após a perda de alguém a pessoa apresenta cognições normais que passa pela descrença, ou seja, não acreditam que a morte ocorreu; confusão, a pessoa sente-se confusa, com dificuldades de concentração ou esquecimento de coisas; preocupação, a pessoa manifesta obsessões com pensamentos no falecido; sensação de presença, a pessoa acha que a pessoa falecida está presente, relaciona-se com o sentimento de anseio e desejo de que a pessoa falecida volte; alucinações, (que podem ser visuais ou cognitivas) é algo transitório e têm lugar pouco tempo depois após a perda (Worden, 1991, citado por Melo, 2004). No caso de M., este relatou a sensação de que a esposa o chamava de repente, sem que tivesse a pensar nela e acrescentou que à noite tem cuidado ao virar-se na cama por achar que a esposa está ao seu lado.

Determinados comportamentos são também típicos após o falecimento de alguém significativo. Tais como: insónias; distúrbios de apetite, geralmente falta de apetite; comportamentos de distração (a pessoa está desatenta); isolamento social; sonhos com a pessoa que se perdeu; evitamento de lembranças associadas à perda; procurar e chamar pela pessoa falecida; suspirar; agitação; choro; frequentar locais ou manter objectos associados à pessoa falecidas; guardar objectos da pessoa falecida. M. evidenciou alguns destes comportamentos, nomeadamente as insónias, exibindo dificuldade em adormecer ficando a pensar na esposa e a falta de apetite, principalmente antes da morte da esposa e durante o dia. Percepcionou-se ainda que M. evita ficar muito tempo a olhar para as fotografias da esposa, revelando que isso o perturba, notando-se possivelmente algum evitamento de lembranças e consequente evitamento do sofrimento da perda. O choro também é algo que esteve muito presente em consultas iniciais, sempre que abordada a morte da esposa. Quanto aos objectos da esposa, estes permanecem guardados, não tendo havido alterações dos locais dos objectos até à data da última consulta.

O processo de luto é caracterizado não só por reacções face à perda, mas também por diversas fases e etapas pelas quais o enlutado passa. Neste sentido, Worden (1991, citado por Pereira & Lopes, 2002) postula quatro tarefas que o indivíduo em processo de luto realiza, a saber:

- **Aceitação da realidade da perda:** Perante uma morte, mesmo que esperada, o indivíduo exhibe sensações de que não é real e de que a morte efectivamente pode não ter acontecido. É expectável que a pessoa primeiramente integre a morte como real e como um acontecimento que aconteceu verdadeiramente, aceitando-o e consciencializando-se da irreversibilidade desta condição. O aceitar de que se perdeu a pessoa é algo que não é conseguido de forma rápida. A aceitação não se cinge apenas à racionalização da perda mas sim à aceitação emocional desta. Pode haver sentimentos de crença e descrença nessa realidade durante a realização e permanecimento da pessoa nesta tarefa. O envolvimento no funeral e nos rituais associados à morte facilitam a consciencialização e conseqüente aceitação da perda (Worden, 1991, citado por Melo, 2004). No caso de M. foi possível verificar-se o desenvolvimento desta fase ou a preparação para ela. M. participou nos rituais fúnebres e tratou de todo o processo do funeral da esposa. O facto de M. ter-se envolvido activamente nos preparativos do funeral faz com que a aceitação da perda que teve seja facilitada, permitindo assim a realização desta tarefa (Parkes, 1998).

- **Trabalhar a dor da perda:** a esta tarefa estão associadas dor física; dor emocional e comportamental como reacções face à perda. Estas reacções são normais e expectáveis de um processo de luto, é normal que a pessoa sinta dor e sofra após a morte do seu significativo. É a passagem pela dor da perda que o trabalho desse sofrimento pode ser realizado. Segundo Parkes (1998, citado por Worden, 2001) se houver o evitamento da dor, típica e normal no luto, esta tarefa não consegue ser terminada (Melo, 2004). Algumas pessoas evitam sentir a dor normalmente através da negação dos sentimentos que têm perante a morte ou evitar recordações relacionadas com a pessoa perdida. Há pessoas que não estão sensibilizadas para a necessidade de experimentar o sofrimento e não permitem que essa dor seja verdadeiramente expressa, não se permitem a senti-la (Melo, 2004). M. encaminhou-se às consultas com o pedido de ajuda para ultrapassar o processo, verificando-se vontade em querer fazer o luto e em querer ajuda para lidar com os sentimentos que o estavam a assolar após a perda. Os sentimentos de tristeza traduzidos em choro fácil, no nítido sofrimento causado pela perda da esposa, os sentimentos de revolta, raiva e culpa, como também a sensação de que algo mais poderia ter sido feito, como também a verbalização expressa dessas reacções, emoções e comportamentos, são indicadores de que a dor está a ser trabalhada. M. encontrou nas consultas um lugar para expressar essa dor, para falar acerca desta. O paciente expressa

igualmente vontade em o fazer sendo algo que realiza com facilidade e sem grandes questionamentos por parte da psicóloga. Verifica-se também através das suas verbalizações de que o falar da dor, o conseguir estar vontade no espaço das sessões o ajudam, verificando-se assim o não evitamento, embora não queira estar muito tempo a olhar para as fotografias. Contudo, verifica-se que M. encontrou um espaço para manifestar a sua dor, nomeadamente as consultas na Unidade. Percepção-se assim, que M. passou igualmente por esta fase.

- Adaptação a um contexto em que a pessoa perdida não está presente: aqui a pessoa terá que se adaptar e reestruturar-se num ambiente em que a pessoa falecida já mais não existe. Neste sentido, segundo Parkes (1998, citado por Worden, 2001) este ajustamento acarreta consigo significados que variam de pessoa para pessoa e depende da relação mantida com o ente querido antes da sua morte, bem como os papéis que por ele eram desempenhados. Ao longo do processo de luto existe a dificuldade na identificação do que efectivamente foi perdido, essa identificação está dependente dos papéis e funções que eram desempenhados pela pessoa perdida (Melo, 2004). Nesta tarefa a pessoa tem que realizar três tipos de ajustamentos, nomeadamente ajustamentos externos, isto é, no seu dia-a-dia; ajustamentos internos, ou seja, atribuir um sentido e significado a si mesmo e ajustamento de crenças, isto é, significados sobre o mundo, a forma como o vê após a morte da pessoa (Melo, 2004). Quando esta tarefa não é realizada, a adaptação à perda está comprometida, ou seja, não é feita. Esta não adaptação faz com que as pessoas não adquiram competências para lidar com este processo, isolam-se e não são capazes de lidar com as exigências do mundo (Melo, 2004). No caso de M. esta tarefa parece estar a ser realizada, isso é possível de se verificar nas tentativas de M. em continuar a manter-se activo, a realizar actividades diárias e com a vontade de não ficar parado. O facto de M. evidenciar ter objectivos a curto e a longo prazo também se traduzem num bom prognóstico para a realização da presente tarefa. M. não quer de todo parar, mantendo a sua rotina normal, não se isolando e cultivando os contactos familiares e sociais. O paciente manifesta ainda vontade no convívio com a família de forma frequente mantendo os mesmos “costumes” e hábitos que outrora tinha com a sua esposa, nomeadamente a questão da comemoração do São João em que fez o esforço para manter a tradição familiar. Verifica-se também que M. tem objectivos futuros nomeadamente a integração da associação com o tema central da hepatite C, como também voltar à actividade da

confraria gastronómica. Percepciona-se assim que M. se está a adaptar e a ajustar os seus planos e a sua vida, mais uma vez em ambientes que a esposa já não está, mais concretamente no que diz respeito à confraria gastronómica que tanto M. como a sua esposa estavam integrados.

- **Transferir emocionalmente o falecido continuando a sua vida:** esta tarefa consiste em colocar a pessoa falecida num lugar que permita a libertação dos vínculos emocionais investindo em relacionamentos futuros (Worden, 1991 citado por Pereira e Lopes, 2002). Esta tarefa é cumprida quando o enlutado não tem necessidade de colocar no seu dia-a-dia a memória da pessoa falecida de forma exacerbada (Worden, 1991 citado por Melo, 2004). Esta tarefa parece ser ainda muito precoce no presente caso. Trata-se ainda de uma perda muito recente não havendo ainda sinais de manifesta vontade de M. para o fazer.

De referir que, que se trata ainda de uma fase muito inicial das sessões e do processo terapêutico não se podendo afirmar com certeza de que existe a realização de todas estas tarefas de forma permanente.

Por último, e tratando-se o caso de M. de uma situação em que o paciente era familiar e o principal cuidador da sua esposa, achou-se pertinente fazer-se uma conceptualização do caso recorrendo também às várias fases de adaptação à doença oncológica preconizadas por Kübler-Ross (1997). Neste sentido, as fases de adaptação à doença foram também alargadas a outras situações, nomeadamente ao processo de luto (Silva, 2004). Kübler-Ross (1997, citado por Silva, 2004) refere que tal como os doentes, os familiares também experimentam as mesmas fases perante a eminência da morte. A saber:

- **Fase da negação:** aqui o indivíduo não acredita na notícia que lhe está a ser comunicada. Vem acompanhada de choque e descrença. O indivíduo não acredita na realidade nem na eminência da morte do seu ente querido. Aqui são feitas várias tentativas para obter segundas opiniões e várias tentativas para curar a doença (Silva, 2004). No caso de M. foi visível a passagem por esta fase aquando de verbalizações relacionadas com a comunicação da impossibilidade de cura, nomeadamente “foi como o cair da noite”, aqui nota-se claramente uma passagem pelo estado de choque. A negação foi também visível nos esforços que M. levou a cabo para tratar a esposa, nomeadamente recorrer a outras entidades de saúde procurando tratamentos

alternativos. A questão da esperança que M. refere ter mantido embora conscientemente soubesse que a esposa iria falecer, também é característico da negação da morte, ou seja, o ter esperança e o não aceitar a irreversibilidade da condição.

- **Fase da revolta / raiva:** esta fase caracteriza-se pelo reconhecimento da condição da pessoa, no entanto não a aceita. A raiva pode ser dirigida para os médicos ou equipa de saúde resultando na crença de que o diagnóstico não foi feito correctamente ou a tempo (Silva, 2004). Esta fase foi também possível de se perceber em M. pois, logo aquando de uma primeira consulta M. relata que a situação da esposa deveria ter sido diagnosticada mais cedo e que houve atraso no tratamento abordando ainda tratar-se de um erro clínico. Atribui igualmente a má condução do processo ao seu compadre.

- Fase da Negociação, esta fase é a menos conhecida, o que se sabe é que as pessoas muitas vezes fazem acordos no seu íntimo com Deus, promessas tentando negociar a situação que estão a viver. Do tipo, “se sobreviver prometo...” (Silva, 2004). No caso de M. esta fase não é totalmente visível. Contudo é possível fazer-se a suposição de algum tipo de negociação religiosa aquando da procura numa ordem religiosa de um medicamento alternativo que M. relata que a esposa tomou durante a doença.

- **Fase da depressão:** o indivíduo nesta fase exhibe sintomatologia depressiva que se associa à sensação de perda. Tanto o doente como os familiares e passando ambos pelas mesmas fases, apercebem-se então de que vão perder quem gostam (Silva, 2004). Em M. esta fase possivelmente poderá ter-se instaurado aquando do processo de cuidados com a esposa, onde M. afirma ter feito sempre tudo tendo sido uma altura em perdeu apetite tendo emagrecido seis quilos.

- **Aceitação:** trata-se de uma última fase pela qual o familiar, o cuidador do doente ou de quem está prestes a perder alguém também passa. Assim nesta fase existe a aceitação de que a morte é inevitável. É ainda nesta fase que a família mais precisa de apoio, mais até do que o próprio doente (Silva, 2004). No caso de M. esta fase poderá ter sido vivida aquando da noção que M. teve de que nada mais haveria a fazer. Embora tivesse esperança, M. afirma com convicção em consultas de que sabia que não iria ter um desfecho favorável e que não poderia ser feito mais nada para curar a esposa notando-se assim, possivelmente uma aceitação da realidade que M. estava a viver.

Protocolo de intervenção

O presente caso encontra-se ainda em acompanhamento perfazendo o total de quatro sessões. A intervenção foi baseada nas teorias postuladas para o processo de Luto validadas empiricamente, nomeadamente a realização das tarefas do luto de Worden (1991); o processo de vinculação de Bowlby (1980) e a fases de adaptação à doença de Kübler-Ross (1997).

Tal como no caso anterior, uma das primeiras preocupações a ter na condução do caso de M. foi o estabelecimento da relação terapêutica. Esta relação torna-se de suma importância pois enforma todo o processo podendo constituir-se como uma ferramenta de intervenção. Desta forma, houve o cuidado para escutar activamente o paciente, sem juízos de valor mostrando uma atitude empática e de total aceitação perante todo o contexto terapêutico. A atitude empática permite ao psicólogo colocar-se no papel do outro conseguindo assim uma melhor compreensão dos seus sentimentos, pensamentos e comportamentos facilitando uma intervenção mais adequada. A relação terapêutica ainda continua a ser construída ao longo das sessões permitindo cada vez mais um à vontade e conforto tanto para o paciente como para o psicólogo responsável. Assim, um dos objectivos primordiais aquando do início de um acompanhamento é promover a relação terapêutica no sentido de a tornar numa base segura, contribuindo para uma relação saudável e promotora de possíveis resoluções de problemas do paciente, favorecendo a atenuação da sua sintomatologia também fora do contexto terapêutico (Mahoney, 1998).

Tratando-se de um caso com poucas sessões achou-se pertinente não dividir as sessões mas sim abordar os objectivos da intervenção de forma global. Tratando-se de um processo de luto normativo a intervenção pautou-se na sua grande maioria pelo aconselhamento e normalização de sentimentos, reacções e comportamentos face à perda. Os objectivos do acompanhamento passaram:

- Exploração do pedido e motivo da consulta;
- Exploração de sintomatologia somática;
- Identificação de factores de risco e factores facilitadores do processo de luto;
- Identificação do padrão de vinculação com a pessoa perdida;

- Facilitar a realização das quatro tarefas de luto;
- Monitorização da sintomatologia.

A exploração do pedido e motivo da consulta foi feita através de entrevista clínica e diálogo exploratório recolhendo-se assim informações acerca da problemática do paciente, da sua sintomatologia e reacções face à perda. O falecimento da esposa ocorreu oito dias antes da vinda do paciente à Unidade, dessa forma o paciente aquando dessa exploração evidenciou choro fácil, discursos muito emotivos e verbalizações de culpa, raiva e atribuição de responsabilidades face à perda. A primeira consulta consistiu apenas na recolha de informação, pautando-se pela escuta activa por parte do psicólogo e pela normalização de sentimentos face à perda. O espaço foi dado inteiramente ao paciente percepcionando-se por parte deste uma grande necessidade em abordar todos os assuntos inerentes à doença e morte da esposa. O paciente afirmou logo querer ajuda para ultrapassar a morte da esposa e neste sentido foi mostrada total disponibilidade e fornecimento de apoio por parte do psicólogo e que segundo Mahoney (1998), vem no sentido de proporcionar uma base segura ao paciente. Referiu-se também que o espaço era só de M. e que poderia expressar todos os seus sentimentos.

A primeira sessão passou igualmente pela verificação de sintomas físicos como a questão do sono e do apetite. As alterações apontadas por M. nessas áreas parecem ser normativas face ao processo de luto verificando-se posteriormente a sua transitoriedade visto M. até à data da última consulta ter mais apetite, alimentando-se bem e já não exibindo grandes dificuldades em adormecer, embora o faça com medicação, no entanto é um sono repousante e tranquilo.

A avaliação do risco no luto passa pela noção de que as pessoas com determinadas experiências desenvolvem auto-confiança e confiança nos outros. Essas pessoas quando têm apoio de familiares e amigos conseguem adaptar-se bem a lutos antecipados. Por outro lado, as perdas inesperadas, frequentes ou precoces de pessoas extremamente significativas e de figuras cuidadoras de determinado indivíduo podem trazer graves consequências para este, mesmo que haja previamente o estabelecimento de auto-confiança e segurança. A adaptação está consequentemente afectada quando a segurança é posta em causa (Parkes, 1990, citado por Pereira e Lopes, 2002).

Estando o luto relacionado muitas vezes a riscos de saúde tanto física como mental, predispondo para o uso de substâncias nocivas como também para o desenvolvimento de depressão (Osterweiss, 1984, citado por Pereira e Lopes, 2002) torna-se assim importante a identificação dos factores de risco associados ao processo de luto de forma a poder minimizá-los ou atenuá-los prevenindo assim o desenvolvimento de luto complicado. Desta forma, a intervenção com M. passou então pela avaliação e identificação de possíveis factores de risco. Assim, foi feita a exploração através do diálogo exploratório da forma como decorreu o processo de morte, ou seja, se foi uma morte esperada, precoce ou inesperada. O cuidado na avaliação do tipo de morte ocorrida justificou-se pelo facto de as mortes inesperadas, as perdas múltiplas e violentas terem um risco mais elevado de prejudicar a saúde mental do indivíduo. Já as mortes naturais não exibem esse risco (Weinberg, 1994, citado por Parkes, 1998). Importante ressaltar que mesmo quando a morte é devido a doença terminal, como no caso de M., não quererá dizer que esta não seja inesperada (Twycross, 2003). Quanto a este factor de risco, pôde-se considerar que M. não estava particularmente exposto a este. Tratou-se de uma morte esperada, M. verbalizou saber que nada mais havia a fazer, e não pôde ser considerada morte precoce, visto tratar-se de alguém com 71 anos. A natureza do relacionamento foi igualmente um factor a ter em consideração nos momentos iniciais das sessões e do contacto com o paciente. O tipo de relação que um indivíduo tem com a pessoa perdida é determinante para a forma como o processo de luto se irá desenrolar. Ou seja, no caso de relações ambivalentes há o risco de o luto estar dificultado. Se houver grande dependência na relação o sofrimento será maior (Twycross, 2003). Esta noção remete-se igualmente para o tipo de vinculação estabelecida entre o paciente e a pessoa perdida, ou seja, perceber no paciente o que este realmente perdeu. Neste sentido, quando maior forem os laços vinculativos, quanto mais estreita for a vinculação, maior será a dor da perda (Melo, 2004). Com vista a perceber esta vinculação foi feita a exploração da história da relação do casal, desde o namoro até ao casamento, como também da forma como se relacionavam. Conseguiu-se verificar que havia um grau de cumplicidade grande, sendo a esposa alguém com sempre o paciente partilhava os seus sentimentos (“sempre falei de tudo”). Notou-se ainda aquando das abordagens à esposa registos emotivos conseguindo-se perceber que a relação conjugal para o paciente era satisfatória.

Um outro factor de risco que se procurou avaliar foi a noção de apoio que o paciente tinha após a morte da sua esposa. Segundo Twycross (2003), o apoio social que o indivíduo usufrui após a perda de alguém influencia positivamente o processo de luto e a conseqüente aceitação da perda. Promove ainda uma melhor adaptação e ajustamento tanto social como emocional face à perda. Neste sentido foi questionado ao paciente que contactos sociais tinha, de que forma passava os seus dias e se costumava conviver com as filhas e os netos. Foi igualmente avaliado se o paciente partilhava os seus sentimentos com a família e amigos. Foi possível verificar-se que M. não partilha os sentimentos com a família, manifestando vontade de não querer preocupar as filhas. Perante este discurso foi salientada a importância da partilha de sentimentos como forma de alívio das emoções permitindo assim uma menor tensão e conseqüente percepção de apoio pelos membros, facilitando todo o processo. Apesar de não haver partilha expressa de sentimentos com a família, M. parece ter usado as consultas para o fazer, conseguindo expressá-los naturalmente e fazendo referência inclusive à vontade de o fazer. Pode-se assim considerar que, o facto de expressar os sentimentos, embora mais em consulta, e o facto de ter tomado iniciativa para ser acompanhado na Unidade, funcione como factor facilitador do processo de luto. No entanto a expressão de sentimentos em consulta não substitui a importância da partilha de sentimentos com a família, permitindo que esta também apoie o paciente. Através dessa partilha a família também consegue uma maior percepção das necessidades de M. o que facilitará a prestação de suporte atenuando, assim, o sofrimento de todo o processo de luto.

Importante também, foi avaliar se M. teria acontecimentos de vida stressantes e se o seu dia-a-dia também era causador de *stress* acentuado. Ora, esta avaliação justificou-se pelo facto de o *stress*, as funções que o indivíduo desempenha no seio familiar e a sua situação social influenciarem negativamente o processo de luto funcionando como factor de risco (Twycross, 2003). Neste sentido foi feita a exploração das actividades diárias do paciente, que inicialmente referiu ainda trabalhar percebendo-se algum grau de responsabilidade e de *stress* no cargo que ocupava. No entanto, M. por iniciativa própria parou de trabalhar definitivamente mostrando insight quanto ao facto de já não possuir as capacidades necessárias para o cargo e mostrar vontade e necessidade de descansar. M. eliminou assim um factor *stressor* para o próprio processo de luto. Mostrou igualmente vontade de se manter ocupado. Não houve repercussões no processo de luto após a cessação da actividade laboral.

Após a avaliação de M., quanto a factores facilitadores pôde-se concluir que o paciente exhibe factores inerentes a si e a todo o contexto da doença da esposa que facilitaram o seu luto. Assim, M. evidenciou ter tido sempre informação actualizada sobre o estado da sua esposa. Esta actualização facilita depois o processo de adaptação à perda (Twycross, 1999, citado por Pereira & Lopes, 2002). M. sempre procurou informações e sempre esteve presente em todo o percurso da doença da esposa, isso é possível perceber-se aquando de relatos de ter estado sempre presente e de sempre ter procurado soluções e segundas opiniões, expondo as dúvidas aos médicos. Notou-se assim, que o paciente esteve informado relativamente à condição da esposa.

Um outro factor facilitador que foi possível identificar em M. é o facto de sempre ter cuidado da esposa, ou seja, verificou-se que o paciente esteve sempre perto da esposa sendo o seu principal cuidador na fase final de vida. Neste sentido, é facilitada a promoção da sensação de utilidade face aos cuidados do doente permitindo pensamentos de que se fez tudo o que era possível pelo familiar, favorecendo assim o processo de luto (Twycross, 1999, citado por Pereira & Lopes, 2002).

Por fim, um outro factor facilitador que M. possui relaciona-se com as suas estratégias de *coping* nomeadamente o facto de manter contactos sociais próximos, capacidade de expressão emocional e espírito de luta (traduzido na vontade de se manter ocupado e de não querer parar, abordando pessoas conhecidas que ficaram mal após a perda do conjugue). Estas estratégias anteriormente mencionadas facilitam o processo de luto e a consequente adaptação à perda (Twycross, 1999, citado por Pereira & Lopes, 2002).

Após a avaliação de todos os factores risco, factores protectores e após a recolha da informação relativa à história de vida do paciente, procedeu-se à identificação e posterior ajuda à realização das tarefas de luto preconizadas por Worden (1991).

Neste sentido, de forma a perceber se M. estaria a realizar as tarefas de adaptação ao luto fez-se a exploração da participação de M. nos rituais fúnebres e posteriores idas ao cemitério. Desta forma foi possível verificar se a primeira tarefa estava a ser realizada ou se já tinha sido ultrapassada, ou seja, se M. tinha aceiteado a realidade da perda. A participação no funeral facilita o confronto com a realidade da perda, podendo facilitar a sua aceitação (Parkes, 1998). Foi o paciente que tratou de todo o funeral e percebeu-se que o facto de falar da esposa no passado também é um indicador que a aceitação da

perda está a ser feita. Importante acrescentar que os rituais religiosos associados à perda (como o velório ou o funeral) e explicações religiosas para a morte reduzem os sentimentos confusos de quem sofre a perda e ajuda na expressão da dor tendo assim valor psicológico (Parkes, 1998).

Quanto à segunda tarefa, ou seja, trabalhar a dor da perda, esta é facilitada através da expressão de sentimentos e da dor associada à morte. Um dos factores que fazem com que esta tarefa não seja ultrapassada prende-se com a negação do significado da perda, com a negação dos sentimentos associados. Evitar as recordações e tentativas de alheamento face à morte impedem a realização da tarefa (Melo, 2004). Neste sentido, é importante verificar se existe expressão da dor, partilha de sentimentos e pensamentos acerca da morte do ente querido. No caso de M. verificou-se que a expressão de sentimentos e pensamentos, bem como a manifestação da dor não se mostraram ser um problema. M expressou abertamente o que sentia, a tristeza e toda a mágoa, raiva e revolta sentida após a perda. M. permitiu-se experimentar esses sentimentos dolorosos desde a primeira consulta, mostrando assim estar a ultrapassar esta fase e a trabalhar efectivamente a dor da perda. O trabalho feito pelo psicólogo passou mais pela continuação do incentivo a essa expressão, não só no contexto de consulta, mas também em família. Foram dados reforços positivos pelas atitudes do paciente e pelo facto de se expressar e tomar iniciativa para obter acompanhamento. Normalizou-se a possibilidade de haver situações como datas e comemorações que poderia fazer com que se lembrasse mais da esposa podendo sentir-se mais triste (Parkes, 1998).

No que diz respeito à terceira fase, ou seja, adaptação ao ambiente em que o falecido não está, pôde-se verificar que M. se encontra a realizá-la. O paciente manifesta vontade de permanecer activo e em realizar actividades em família onde a esposa outrora também participava. Manter-se envolvido nas actividades, retomando as suas rotinas e perpetuando as tradições (festa de São João) são um preditor de que a adaptação ao contexto sem a esposa está a ser feita. O paciente exhibe ainda estratégias de *coping* adaptativas para o fazer (mantendo contactos sociais com amigos e família, manter-se ocupado com pequenas tarefas, integração em instituições e retoma de actividades anteriores - confraria gastronómica). Aqui o trabalho passou pelo reforço positivo das atitudes do paciente, como também pelo incentivo à continuação dos seus comportamentos proactivos.

Por último, no que concerne à última tarefa, ou seja, encontrar um lugar para o falecido, de modo a que a pessoa que perdeu o ente querido continue a viver, a avaliação ainda não foi feita precisamente devido à precocidade da morte da pessoa ou seja, trata-se ainda de um momento muito inicial do processo de luto. Não foi identificado no paciente qualquer vontade de futuros relacionamentos amorosos podendo dizer-se que M. se encontra ainda numa fase de adaptação a toda a nova realidade que pode ter retrocessos precisamente por se tratar de uma fase ainda muito inicial do acompanhamento.

M. ao longo das sessões foi manifestando uma evolução positiva percebida não só pelo psicólogo como também pelo próprio. O paciente refere já não se sentir tão “desequilibrado” sempre que se lembra da esposa nem chorar com tanta facilidade (algo visível também nas consultas. Recuperou o peso e estabilizou o apetite e o sono, reforçando assim o processo de luto normativo pelo qual está a passar. Importante também acrescentar que M. realizou as tarefas de forma autónoma sem que fosse preciso o incentivo para a sua realização. O acompanhamento focou-se na normalização dos sentimentos e incentivo aos comportamentos positivos de M. de forma a que a realização das tarefas se mantenha. Tem-se vindo assim a fornecer um espaço confortável para o paciente expressar a sua dor facilitando consequentemente o processo de luto.

Neste sentido, actualmente o trabalho com o paciente, por se tratar de um processo de luto normativo, passa pela monitorização da sintomatologia verificando se existe alguma alteração de sentimentos, comportamentos e pensamentos que possam ser dignos de atenção clínica. Passa igualmente pela continuação do incentivo à realização das tarefas do luto e promoção da expressão emocional e partilha de sentimentos dentro e fora da consulta.

Comentário pessoal ao caso

A escolha do caso de M. também não foi de todo feita ao acaso. A escolha foi feita por se tratar de um caso em que a responsabilidade foi inteiramente do estagiário e por se tratar de um processo de luto, algo muito frequente no contexto da Psico-oncologia devido à grande probabilidade de falecimento dos doentes oncológicos. Além disso, este

caso permite mostrar um pouco a perspectiva do enlutado e do cuidador de um doente oncológico e o *stress* que este também experimenta. No entanto, a principal razão pela qual apresentação foi feita prendeu-se pela grande empatia, proximidade e envolvimento que houve no caso e por toda a história do paciente. Este caso fez-me realmente perceber que nem todos os casos que aparecem a pedir auxílio de um psicólogo manifestam um quadro clínico de livro e que nem toda a ajuda à pessoa passa pela psicoterapia e intervenção estruturada. As pessoas sentem-se frequentemente aliviadas e ajudadas mesmo pelo simples facto de dizer à pessoa que estamos ali, que vai ser ouvida e que tudo o que está a sentir é normal. Independentemente de outras intervenções que possam ser necessárias, a presença e a escuta activa podem ter um importantíssimo efeito terapêutico. A ajuda e o dizer ao paciente que não está sozinho e que vai ser ouvido também faz parte do trabalho de um psicólogo, porque mesmo para o fazer temos que recorrer a técnicas como a empatia, a escuta activa, o questionamento, a reflexão de sentimentos, os encorajamentos, os cuidados a ter nos verbais e nos não-verbais, entre outros.

Através deste caso tive pela primeira vez a verdadeira sensação de ter ajudado alguém, ou de ainda o estar a fazer, a verdadeira sensação de ser significativa para uma pessoa e que o trabalho feito com ela está a ter resultado, embora esse trabalho tenha dependido em grande parte do paciente. Com este caso, tive pela primeira vez a sensação de realização pessoal enquanto psicóloga, embora ainda estagiária. Tratou-se ou trata-se de um caso que me tocou particularmente pois também pela primeira vez tive que fazer um esforço enorme para colocar as emoções de lado em situações que estas teimaram em aparecer. Embora já o tenha que ter feito em contexto de observação, quando se está sozinho, tudo ganha uma dimensão bem mais significativa. Mais uma vez, pela primeira vez entendi o verdadeiro sentido de que a pessoa que está ali à nossa frente é quem realmente importa e é nesta que nos temos que concentrar, libertando-nos das nossas crenças, por vezes das emoções, para promovermos à pessoa uma base segura e um porto de abrigo.

O facto de M. agradecer tão abertamente a ajuda, a forma como olhou e sorriu enquanto o fazia, o facto de ter expressado a gratidão e ter verbalizado o à vontade que tinha no contexto terapêutico foi sem dúvida uma pequena vitória pessoal.

Parte V

Reflexão final

Reflexão final

No final de um percurso tão importante e tão significativo na vida de um estudante é inevitável que não se faça uma integração e reflexão verdadeiramente sentida de tudo o que se viveu durante um percurso de estágio. Naturalmente, os sentimentos que no momento da reflexão me estão associados são inevitavelmente diferentes daqueles que ao longo do desenvolvimento do estágio e também da concepção do relatório foram sentidos. O que outrora foi preenchido por medos, ansiedade, preocupações, dúvidas e incertezas traduzem-se numa sensação de alguma atenuação desses sentimentos e substituições destes por alguma segurança. Alguma sim, não total pois o meu percurso enquanto psicóloga ainda agora começou e muito ainda há para ser desenvolvido e aprendido.

Ao longo do estágio contactei com a verdadeira realidade, sempre muito reforçada pelos professores em aulas, de que cada caso é efectivamente um caso. Cada ser humano é único e definitivamente não existem casos de livro, protocolos de intervenção rígidos e planeamentos seguidos à risca. Foi com o percurso enquanto psicóloga estagiária na Unidade de Psico-Oncologia que aprendi verdadeiramente o que é a empatia, a sua tão grande importância e o quanto esta funciona como ferramenta básica em toda a intervenção psicológica. Mais do que a teoria da relação empática pude aperceber-me da sua dimensão e da dimensão que esta atinge na relação psicólogo-paciente.

Na faculdade efectivamente temos as bases, aquilo que nos permite dar pequenos passos, quase passos de “bebé” para começarmos o estágio, mas a luta, a verdadeira batalha connosco, com aquilo em que acreditamos ocorre no terreno, através da prática e através do contacto directo com a pessoa. Todo o trabalho desenvolvido e todo o percurso percorrido ao longo do estágio foram dotados de grandes aprendizagens e desenvolvimento de competências enquanto psicóloga. Estas aprendizagens e competências desenvolvidas não passaram apenas pela capacidade para elaborar relatórios, planejar consultas, avaliações e intervenções. Mais do que isso passou pela forma como essas capacidades foram adquiridas, pelo cuidado que sempre me motivaram a ter para que cada planeamento, cada acção, cada intervenção fosse sempre em função do paciente, orientado para os seus desejos, interesses e bem-estar. Além das aprendizagens quase que “formais” de elaboração de relatórios ou planeamento de

intervenções, percebi o verdadeiro significado da relação terapêutica, o colocar-se no lugar do outro, o envolver-se verdadeira e genuinamente com a problemática da pessoa fazendo-o sem esforço e despendo todo e qualquer tipo de juízos de valor. A relação terapêutica ganhou “forma” neste contexto e fez o seu verdadeiro sentido, algo que outrora era escrito e conceptualizado em papel em exames académicos, para mim, finalmente “ganhou vida”.

O contexto em que tive o privilégio de aprender não é de todo um contexto de fácil gestão emocional, como grande parte dos contextos em psicologia. No entanto, tratando-se de um contexto em que a maior parte das vezes a questão da morte, do sofrimento da doença está presente, essa gestão das emoções torna-se particularmente importante. Felizmente o apoio que me foi proporcionado e as “ventilações emocionais” que me permitiram fazer com a equipa de psicólogos foi sem dúvida crucial para essa gestão de sentimentos. Algumas foram as consultas, assistidas e conduzidas que me fizeram repensar e reflectir sobre este percurso, sobre o que realmente faria sentido para mim. Algumas foram as alturas em que após uma consulta por mim conduzida, me fizeram pensar se era psicóloga que eu queria ser e se realmente era algo que queria fazer para o resto da vida. Essas dúvidas com que me tive que deparar acabaram por se dissipar no momento em que percebi o quanto me realizava, o quanto me deixava com uma enorme sensação de bem-estar quando algum paciente expressamente me agradecia todo o trabalho feito com ele. Quando conseguia perceber toda a evolução de um paciente ao longo das sessões, tanto quanto observava como quando conduzia as consultas, embora prevaleça ainda a humildade de que muito pouca coisa ainda foi feita da minha parte e de que o grande mérito é do paciente. Assim, apercebi-me da grande dimensão da psicologia e do grande impacto que esta tem na pessoa, bem como o seu grande poder de ajudar e de proporcionar um bem-estar geral às pessoas que dela usufruem.

O percurso enquanto estagiária permitiu-me não só perceber realmente o que faz um psicólogo e o seu papel, como também me proporcionou uma construção de uma identidade que antes ainda não tinha sido feita. Identidade, essa enquanto psicóloga. Este processo naturalmente não está ainda terminado e muito faltará para o fazer, pois como em qualquer área, a aprendizagem não se resume a determinado tempo estanque, ao contrário, mantém-se ao longo de toda a vida.

Claro que nem todo o processo foi pautado por vivências aprazíveis ou de grande satisfação, houve momentos de verdadeira angústia e *stress* mas é no aproveitar desses momentos de crise e torná-los em oportunidades de desenvolvimento que realmente se aprende e se evolui não só como psicólogo mas como ser humano. São os momentos de crise que surgem que permitem o desenvolvimento de competências, de capacidades de tolerância à frustração e de capacidades de gestão de relações interpessoais. Aprendi com todo este percurso a olhar o humano de uma outra forma, a gostar ainda mais da sua tão grande complexidade e perceber em primeira mão, e não porque li em algum documento, que a fragilidade humana não tem limites e que existe uma linha muito ténue entre o bem-estar, a normalidade e o sofrimento subjectivo e a perturbação psicológica. No entanto, apesar dessa fragilidade percebida também me apercebi da grande força que o ser humano tem e da grande capacidade de resiliência que muitas das vezes o acompanha.

No fundo, aquilo que de mais importante aprendi tanto a nível profissional como a nível pessoal é que nada deverá ser dado como certo, ou seja, a imprevisibilidade existe e é a forma como se lida com esta que se aprende e se desenvolvem competências e que o respeito pelo ser humano e pela sua condição deverá ser mantida sempre. A questão da imprevisibilidade é-me particularmente importante, por questões de características pessoais, nomeadamente alguma intolerância ao imprevisível e as tentativas de controlar tudo. Aqui aprendi a tolerar essa imprevisibilidade e a não deixar que esta tivesse um poder tão desorganizador a nível pessoal como aquando dos primeiros momentos em estágio. O organizar-se face a uma adversidade e face a algo que nos foge do controlo não só é benéfico em contexto profissional, mantendo assim a organização e a racionalização da prática clínica, como também a nível pessoal, sendo uma grande ajuda para ultrapassar as próprias adversidades naturais da vida.

Em suma, se alguma dúvida tinha, antes de iniciar o estágio quanto à grande importância, impacto e sentido da psicologia essa verdadeiramente se dissipou nesta caminhada.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4th ed., texto revisto.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Belar, D. (2000). Scientist-practitioner \neq science + practice: Boulder is bolder. *American Psychologist*, 55, 249-250. doi: 10.1037/0003-066X.55.2.248
- Bower, M. & Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Campos, M. (2010). A Psico-Oncologia. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30, 440-449.
- Castro, F. (1999). Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1 (1), 3-13.
- Delalibera, M. (2010). *Adaptação e validação portuguesa do instrumento de avaliação do luto prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13)*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Frances, A. & Ross, R. (2002). *Casos Clínicos DSM-IV-TR: Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Franco, M. (2008). A família em psico-oncologia. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Barros (Eds), *Temas em psico-oncologia*, pp.358-372. São Paulo: Summos Editorial.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria: Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.
- Garcia, M., Tafuri, M., Nogueira, R. & Carcinoni, T. (2000). A depressão em pacientes com cancer: Uma revisão. *Revista Ciências Médicas*, 9, 80-85.
- Gonçalves, O. (1990). *Introdução às psicoterapias comportamentais*. Coimbra: Quarteto Editoras.
- Justo, J. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M. Dias & E. Durá (Eds), *Territórios da Psicologia Oncológica*, pp. 51-73. Lisboa: Climepsi Editores.
- Landeiro, E. (2001). Abordagem da doença oncológica: Estudo de variáveis psicológicas. *O Portal dos Psicólogos*, 1-15.

- Lopes, R., Santos, M. & Lopes, E. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10, 39-49.
- Mahoney, M. (1998). *Processos Humanos de Mudança - As Bases Científicas da Psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Matos, P. & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira & C. Lopes (Eds), *O doente oncológico e a sua família*, pp.16-25. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, P. & Pereira, M. (2002). Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares: pertinência e objectivos gerais. In M. Pereira e C. Lopes (Eds), *O doente oncológico e a sua família*, pp. 27-56. Lisboa: Climepsi Editores.
- Melo, R. (2004). *Processo de Luto: o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte*. Recuperado em 20 Maio, 2012, de <http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf>
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, R. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Nezu, A., Nezu, C., Felgoise, S. & Zwick, M.(2003). Psychology Oncology. In A. Nezu, C. Nezu & P. Geller (Eds), *Handbook of Psychology*, pp.267-292. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Parkes, C. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.
- Peçanha, D. (2008). Câncer: Recursos de enfrentamento na trajectória da doenças. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Barros (Eds), *Temas em psico-oncologia*, pp.209-217. São Paulo: Summos Editorial.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Pestana, J., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Cons-Ciências*, 3, 125-158.
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. Dias & E. Durá (Eds), *Territórios da Psicologia Oncológica*, pp.76-98. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rijo, D. (2000). *Perturbações da Personalidade: Classificação, epidemiologia, comorbilidade e modelos cognitivos*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Santos, C. (2003). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Santos, M. (2005). *Estudo bibliográfico sobre o histórico da psico-Oncologia*. Garça. Recuperado em 16 Março, 2012, de <http://www.fae.edu.br/revista/psicologia05/pages/artigos/artigo06.pdf>
- Scott, J. (1994). Pacientes com câncer. In J. Scott, M. Williams & A. Beck (Eds.), *Terapia Cognitiva na Prática Clínica*, pp.125-154. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Silva, M. D. (2004). *Processos de luto e educação*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Silva, F. & Bervique, J. (2005). *Psico-Oncologia: Lidando com a doença, o doente e a morte*. Garça. Recuperado em 16 Março, 2012, de <http://www.revista.inf.br/psicologia05/pages/artigos/artigo07.pdf>
- Silva, P. & Mello-Santos, C. (2008). Relação de ajustamento em oncologia. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Barros (Eds), *Temas em psico-oncologia*, pp.272-275. São Paulo: Summos Editorial.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Veit, M. & Carvalho, V. (2008). Intervenções em psico-oncologia em instituições. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Barros (Eds), *Temas em psico-oncologia*, pp.362-372. São Paulo: Summos Editorial.

- Veit, M. & Carvalho, V. (2008). Psico-Oncologia: Definições e áreas de actuação. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Barros (Eds), *Temas em psico-oncologia*, pp.15-19. São Paulo: Summos Editorial.
- Young, J., Rygh, J., Weinberger, A. & Beck, A. (2009). Terapia cognitiva para a depressão. In D. Barlow & col. (Eds), *Manual clínico dos transtornos psicológicos – tratamento passo a passo*, pp. 255-308. Porto Alegre: Artmed.
- Zannin, C. & Valerio, N. (2004). Intervenção Cognitivo-comportamental em Transtorno de Personalidade Dependente: Relato de Caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 81-92.

Anexos

Anexo A

Guião de consulta psicológica

Guião de Consulta Psicológica

Número do Processo:

Psicóloga responsável: Dra. Ana Iglésias Ferreira

Consultas:

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

1. Identificação Pessoal

Nome: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Estado Civil: _____

Profissão / Ocupação: _____

Habilitações Literárias: _____

Situação Socioeconómica: _____

Paciente oncológico ou familiar: _____

2. Descrição Geral do Paciente

Aparência Geral:

Atitude perante a Psicóloga:

Linguagem / Discurso/ Contacto Ocular / Postura:

3.Exploração do Pedido / Motivo da Consulta

Como teve conhecimento da Unidade de Psico-Oncologia?

Quem tomou a iniciativa?

Já alguma vez foi a um psicólogo?

Já realizou tentativas de resolução do problema, no passado?

Que expectativas tem em relação à consulta? / O que espera da consulta? / Em que é que a consulta o pode ajudar?

4.Diagnóstico Oncológico

Quando foi diagnosticado?

Que tratamentos fez? / Que tratamentos está a fazer?

Como foi dada a notícia do diagnóstico? / Por quem foi dada?

Toma medicação? / Que tipo de medicação? (em relação ao diagnóstico oncológico)

5. Historial de Saúde

Doenças:

Principais doenças significativas do passado:

Medicação actual (sem carácter oncológico):

Tratamentos:

Padrão de actividade física:

Antecedentes clínicos na família (mortes, doenças, deficiências):

Dificuldades de audição e visão:

6. Informações Familiares:

É casado? / Há quanto tempo?

Tem filhos? / Quantos? (sexo e idade)

Agregado familiar / Com quem vive?

Costuma conviver com a família regularmente?

7.Exploração de sentimentos

Quando soube da notícia do diagnóstico, como reagiu?

O que sentiu nessa altura?

Como reagiu a família na altura?

Como está a reagir agora?

Como está a família a reagir?

O que sente actualmente em relação à doença?

Costuma falar sobre a doença com a família?

Com quem mais fala sobre isso?

8. Relacionamento Social / Actividades do paciente

Rede social:

Informações sociais:

Como ocupa os seus dias?

Que tipo de actividades realiza para se distrair?

Como é o seu dia-a-dia?

9. Sintomatologia Física

Alimentação (Tem apetite? Alimenta-se bem? Come por iniciativa própria?)

Sono (Tem dificuldades para adormecer? / Dorme a noite completa? / Quantas horas dorme? Rituais de adormecimento / Horário de sono / Alterações do sono, insónia, hipersónia, pesadelos, sonambulismo, terrores nocturnos)

10. História Desenvolvidora

Aspectos relevantes da infância:

Com quem vivia?

Aspectos relevantes da adolescência:

Como era o relacionamento com os pais? (castigos, recompensas, educação)

Relações amorosas:

Percurso Escolar e Profissional:

11.Avaliação Psicológica

Instrumentos utilizados:

Factores precipitantes:

Factores de predisposição (origens):

Factores de manutenção:

Factores de Protecção:

13.Planeamento e objectivos de intervenção

Objectivos:

Estratégias:

14.Diagnóstico Multi-Axial

Eixo I-

Eixo II-

Eixo III-

Eixo IV-

Eixo V- AGF = (actual)

Anexo B

Índice dos trabalhos elaborados no estágio



Nota do Autor

Ana Filipa Iglésias, Estagiária de Psicologia Clínica, Liga Portuguesa Contra o Cancro,
da Interior da Circunvalação nº 6657, 4200 – 177 Porto, email:
ipaglesias3@gmail.com

Índice

Introdução	8
Parte I - O cancro e as suas modalidades terapêuticas	10
1. Definição de Cancro e os seus princípios biológicos	10
1.1. Grau de malignidade e estadiamento	13
1.2. Causas e variáveis genéticas e ambientais associadas ao desenvolvimento do cancro	15
1.3. Nomenclatura	16
2. Tipos de tratamento do Cancro	19
2.1. Oncologia cirúrgica	19
2.2. Radioterapia	20
2.3. Quimioterapia	21
2.4. Hormonoterapia	22
2.5. Terapia Imunológica	23
2.6. Cuidados paliativos	24
Parte II - Descrição dos vários tipos de Cancro e seus subtipos	26
1. Cancro da mama	26
1.1. Carcinoma <i>In Situ</i>	28
1.2. Doença de Paget do Mamilo	29
2. Cancros do sistema nervoso central	30
2.1. Tumores Gliais	30

2.2. Meningioma	31
2.3. Tumores do Eixo Espinhal	33
3. Cancros Gastrintestinais	36
3.1. Cancro do esófago	36
3.2. Cancro do estômago	36
3.3. Cancro hepatobiliar	38
3.4. Cancro pancreático	40
3.5. Cancro colo-rectal	42
3.6. Cancro do canal anal	44
3.7. Cancro da vesícula biliar	45
3.8. Cancro dos canais biliares extra-hepáticos	46
3.9. Cancro da Ampola de Vater	47
4. Cancros Geniturinários	50
4.1. Cancro renal	50
4.2. Cancro bexiga	52
4.3. Cancro da próstata	54
4.4. Cancro do testículo	55
4.5. Cancro da pélvis renal e ureteres	59
4.6. Cancro da uretra	61

4.7. Cancro do p�nis	62
5. Cancros Ginecol�gicos	64
5.1. Doença Trofobl�stica	64
5.2. Cancro cervical	65
5.3. Cancro do end�metrio	70
5.4. Cancro do ov�rio	71
5.4. Cancro da vulva	74
5.5. Cancro da vagina	75
5.6. Cancro do Colo do �tero	78
6. Cancros da cabeça e do pescoo	83
6.1. Tumores das Gl�ndulas Salivares	85
6.2. Cancros end�crinos	86
6.3. Cancro da tir�de	86
6.4. Cancros da supra renal	88
6.5. Tumores Carcin�ides	89
6.6. Cancros da pituit�ria	90
6.7. Cancros da paratir�ide	91
7. Cancros tor�cicos	92
7.1. Cancro do Pulm�o	92

7.2. Mesotelioma	95
8. Cancros Hematológicos	96
8.1. Leucemia	96
8.2. Linfoma de Hodgkin	99
8.3. Linfoma Não-Hodgkin	101
8.4. Mieloma	105
9. Cancros da pele	107
9.1. Tumores da pele não melanomas	107
9.2. Melanoma	109
10. Tumores sólidos pediátricos	112
10.1. Tumores pediátricos do SNC	112
10.2. Nefroblastoma	113
10.3. Neuroblastoma	114
10.4. Rabdomiossarcoma	116
11. Tumores oftalmológicos	117
11.1. Carcinoma da pálpebra	117
11.2. Melanoma maligno da pálpebra	117
11.3. Carcinoma da conjuntiva	118
11.4. Melanoma Maligno da conjuntiva	119

11.5. Melanoma maligno da úvea	121
11.6. Retinoblastoma	122
11.7. Sarcoma da órbita	124
11.8. Carcinoma da glândula lacrimal	125
12. Cancros Ósseos e Sarcomas	126
Parte III - Perspectiva Psicossocial das doenças cancerígenas	129
1. Definição de Psico-Oncologia	129
1.1. Ciclo Psico-Oncológico	134
1.2. Fases de Adaptação à Doença de Kübler-Ross	144
1.3. Principais quadros nosológicos e características psicossociais associadas à doença oncológica	148
1.3.1. O papel da Psiconeuroimunologia	152
1.3.2. Personalidade e doença oncológica	154
1.3.3. Outros sintomas e factores associados à doença oncológica	155
2. O papel da dor na doença oncológica	169
3. O doente oncológico e a sua família	172
4. O doente oncológico na fase terminal	178
5. O luto e a vivência	
6. A importância e os efeitos da Psico-Oncologia	188

Conclusão	192
Referências Bibliográficas	195



LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO

Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional Norte

Estágio Curricular em Psicologia Clínica

Unidade de Psico-Oncologia



Nota do Autor

Ana Filipa Iglésias. Estagiária de Psicologia Clínica, Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Estrada Superior da Circunvalação nº 6657, 4200-177, Porto. E-mail:

anafilipaiglésias@gmail.com

Índice

Introdução	3
Capítulo I - Competências básicas de intervenção psicológica e conceptualização das Terapias Cognitivo-Comportamentais	6
1.Competências básicas do psicólogo no âmbito da intervenção psicológica	6
2.Definição e Pressupostos das Terapias Cognitivo-Comportamentais	11
Capítulo II - Terapias Cognitivo-Comportamentais	15
1. Terapias Cognitivo-Comportamentais	15
1.1. Terapia Comportamental Racional-Emotiva	16
1.2. Terapia Cognitiva	25
1.3. Terapias de Auto-Controlo	37
1.4. Terapias de Resolução de Problemas	51
2. Outras estratégias e técnicas de intervenção terapêutica	57
Capítulo III – Terapias Cognitivo-Comportamentais e Cancro	65
1.Terapias Cognitivo-Comportamentais em pacientes oncológicos	65
Conclusão	74
Referências	76

Anexo C

Apresentação de temática – Perturbação Hipocondríaca



PERTURBAÇÃO HIPOCONDRIACA

Ana Filipa Iglésias
2012

HIPOCONDRIA

- ▶ Insere-se no grupo das Perturbações Somatoformes - caracterizam-se por uma sintomatologia somática exacerbada ou medos de ficar doente, em proporções anormais sem que esteja presente patologia orgânica possível de se identificar (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006).
- ▶ Aumento significativo da sensibilidade a estímulos físicos, exagero ou preocupação irracional em ficar doente. A pessoa assume um comportamento e atitude de doente (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006).
- ▶ Sensações e aparências normais são interpretadas como anormais e angustiantes (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006).

HIPOCONDRIA

- ▶ Grande preocupação em estarem doentes;
- ▶ Pode haver a convicção (não delirante) de se ter uma doença física grave;
- ▶ Grande sofrimento com o corpo, vivem preocupados com a temática de doença e morte, causando-lhes grande preocupação. Andam de médico em médico e nada os tranquiliza;
- ▶ Grande preocupação, por exemplo: tosse, ritmo cardíaco, respiração.

HIPOCONDRIA

- ▶ Os hipocondríacos possuem um vasto historial médico sendo contada ao pormenor pelo doente (DSM-IV-TR, 2000);
- ▶ Frequente deterioração na relação entre médico e doente, incluindo frustração de ambas as partes, isto devido ao facto dos doentes terem a crença de que não estão a ser tratados convenientemente havendo grande resistência ao encaminhamento para consultas de saúde mental (DSM-IV-TR, 2000);

HIPOCONDRIA

- ▶ Devido ao grande historial de queixas físicas sem causa concreta ou identificável, faz com que muitas vezes sejam alvo de avaliações precipitadas e de não ser feito um diagnóstico de uma doença médica geral (DSM-IV-TR, 2000);
- ▶ Grande comprometimento da vida social, devido ao foco do doente na sua condição médica esperando assim, tratamentos especiais (DSM-IV-TR, 2000);
- ▶ Pode causar danos no rendimento da pessoas e em casos mais graves o sujeito pode tornar-se inválido (DSM-IV-TR, 2000).

HIPOCONDRIA – EPIDEMIOLOGIA

- ▶ Doenças graves, nomeadamente na infância, e experiências passadas com a doença de um membro familiar estão relacionados com o desenvolvimento da Hipocondria (DSM-IV-TR, 2000);
- ▶ Factores de stress psicossocial, mais concretamente a morte de alguém significativo poderão, em alguns casos, desencadear esta perturbação (DSM-IV-TR, 2000).

HIPOCONDRIA – PREVALÊNCIA

- ▶ Inconsistência quanto aos resultados da prevalência da Hipocondria relativamente à idade e diferença de géneros, todavia, a mesma encontra-se frequentemente de forma semelhante tanto em homens como em mulheres (DSM-IV-TR, 2000).

Evolução

- ▶ Início em qualquer idade, mas maior frequência no início da idade adulta (DSM-IV-TR, 2000);
- ▶ Evolução crónica, sintomas flutuantes, por vezes remissão completa (DSM-IV-TR, 2000).

EVOLUÇÃO-CONTINUAÇÃO

- ▶ Sinais de bom prognóstico: início agudo, duração breve, presença de um estado físico geral concomitante, ausência de comorbilidade com Perturbação de Personalidade e ausência de ganhos secundários (cuidados acrescidos) (DSM-IV-TR, 2000).

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO – DSM IV - TR

Ideia de que se tem, ou medo de ter uma doença grave, baseada na interpretação errada dos sintomas físicos ou funções do corpo.

Critério A – Preocupação ou medo de ter, ou crença de que se tem, doença grave baseada na interpretação errada de sintomas físicos;

Critério B – A preocupação persiste apesar de adequada avaliação e tranquilização médicas;

Critério C – A crença no critério A não tem intensidade delirante (como na Perturbação Delirante, Tipo Somático) e não está circunscrita a uma preocupação com a imagem corporal (como na Perturbação Dismórfica Corporal);

Critério D – A preocupação causa sofrimento significativo ou disfunção social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento individual;

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO – DSM IV - TR

Critério E – A duração da perturbação é de pelo menos, 6 meses;

Critério F – A preocupação não é melhor explicada por Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pânico, Episódio Depressivo Major, Ansiedade de Separação ou outra Perturbação Somatoforme;

Especificar se: Com Fraco Insight – se durante a maior parte do tempo do episódio actual, o sujeito não reconhece que a preocupação acerca de ter uma doença grave é excessiva ou não tem fundamento.

PROBLEMAS DE CONCEPTUALIZAÇÃO DA HIPOCONDRIA

Salkovskis e Clark (1993) – opõem-se aos critérios de diagnóstico da hipocondria referentes aos pacientes convictos de estarem doentes e aos pacientes com medo de vir a adoecer, sendo este último tipo muito semelhante às fobias específicas de doenças.

- Discordância face ao critério de excluir obrigatoriamente a patologia orgânica e de haver avaliação médica adequada, visto o acesso a informação da avaliação médica de alguns hipocondríacos, poder-se-á não se verificar bem como os próprios podem evitá-la, procurando a constatação com familiares ou em publicações de saúde.

HIPOCONDRIA E COMORBILIDADES CLÍNICAS

- ▶ Forte associação entre a Hipocondria e as perturbações de ansiedade bem como as perturbações do humor, nomeadamente a depressão (Noyes R. 1999)
- ▶ As crenças e os medos hipocondríacos associam-se frequentemente com sintomas ansiosos e somáticos. A associação existente entre a depressão em geral é secundária. Mesmo em pacientes com depressão, as preocupações hipocondríacas estão mais relacionadas com sintomas ansiosos do que depressivos (Tyler et al, 1980 e Noyes, 1999).

HIPOCONDRIA E COMORBILIDADES CLÍNICAS

- ▶ A tão grande taxa de comorbilidade na hipocondria leva a que se ponha em questão que a mesma surja ou seja classificada como um quadro isolado ou primário (Cia AH, 1995)
- ▶ Particular interesse em estudar a íntima relação entre a hipocondria e a perturbação de pânico, de todas as perturbações de ansiedade, esta última é aquela que mais forte associação tem com a hipocondria, aparecendo a hipocondria muitas vezes cómorvida com a perturbação de pânico (Torres, AR et al., 2002).
- ▶ Características clínicas, fenomenológicas, cognitivas e psicodinâmicas comuns a estas duas perturbações (Torres, AR et al., 2002).

HIPOCONDRIA E PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

- ▶ É comum existirem preocupações hipocondríacas na Perturbação de Pânico, por exemplo: “se estou sempre a sentir-me mal fisicamente ao ponto de achar que estou a morrer, concerteza que se está a passar algo muito grave com o meu organismo” (Cia AH, 1995).
- ▶ O diagnóstico de Hipocondria só se aplica se as preocupações somáticas não forem secundárias e unicamente relacionadas às sensações físicas das crises de pânico, e se não forem explicadas pela PP (Noyes, R. 1999 e Schmidt, ALM, 1994).

HIPOCONDRIA E PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

▶ Três mecanismos explicativos de sintomas hipocondríacos na PP (Noyes, R., 1999):

1. A distorção cognitiva na avaliação da saúde;
 2. O maior estado de alerta nos próprios processos fisiológicos;
 3. A activação do sistema nervoso autónomo (SNA), em que as manifestações seriam interpretadas pelo paciente como anormais.
- ▶ Todos os mecanismos anteriores partem de um mesmo ponto: a ansiedade.

HIPOCONDRIA E PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

▶ Otto et al. (1988): o factor preditivo da existência de sintomatologia hipocondríaca na PP seria a sensibilidade à ansiedade, ou seja, o medo de sintomas ansiosos, de sensações somáticas, conseqüentemente, tendência para responder ansiosamente.

▶ Starcevic et al. (1992): estudo com 54 portadores de PP, encontraram preocupações e atitudes hipocondríacas substanciais em metade deles.

HIPOCONDRIA E PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

- ▶ **Warwick e Salkovskis (1990):** num dos seus trabalhos, concluíram que 59% dos hipocondríacos também preenchem critérios de Perturbação de Pânico.

- ▶ Vários estudos revelam que existe uma grande comorbilidade entre a Hipocondria e a PP, ainda que não se considere as preocupações hipocondríacas inerentes à PP.

HIPOCONDRIA E PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

- ▶ Os mesmos autores consideram a PP como uma “forma especial” de hipocondria, pois ambas as perturbações incluem uma preocupação exacerbada com o estar doente, uma atenção selectiva ao nível de sinais e sintomas corporais, bem como a interpretação dos mesmos de forma catastrófica, considerando uma doença grave, comportamentos repetidos de verificação da saúde e esforços para evitar o pior.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

- ▶ A Hipocondria parece responder a tratamentos psicoterapêuticos Cognitivo-Comportamentais e também farmacológicos (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006).
- ▶ Ressalvar que ainda é preciso um melhor estudo em relação a essas conclusões, visto haver lacunas a nível metodológico e serem estudos poucos controlados (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006).
- ▶ A intervenção é semelhante à intervenção na perturbações de ansiedade (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006). (como visto anteriormente, esta perturbação relaciona-se fortemente com estas perturbações).

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

- ▶ Os modelos comportamentais para a intervenção envolvem a inclusão do médico e os membros da família do paciente (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006).
- ▶ Este envolvimento dos participantes na intervenção nesta perturbação, tem vindo a revelar-se crucial para o sucesso da mesma (Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. 2006).

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES EM DOENTES ONCOLÓGICOS

- ▶ A presença das perturbações leva muitas vezes à deterioração da relação do paciente com a equipa de saúde, levando a sentimentos de desconfiança e descrença para ambos os lados, e ao risco de atribuir as queixas dos pacientes a factores fundamentalmente psíquicos. O aparecimento de cancro em doentes somatoformes pode gerar problemas sérios relativos ao agravamento de sintomas físicos, manipulação dos sintomas, frustração da equipa de saúde, subestimação de sintomas e atraso no tratamento (Kaplan e Sadock, 1999).

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES EM DOENTES ONCOLÓGICOS

- ▶ A avaliação das queixas somatoformes do paciente oncológico deve ter em conta o diagnóstico clínico, o grau de comprometimento e gravidade, os efeitos colaterais das medicações em uso e o comportamento do doente em relação ao sintoma (Leite e Teng, 2008 cit in Carvalho e col., 2008).

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES EM DOENTES ONCOLÓGICOS

- ▶ Os sintomas somáticos podem advir de quadros ansiosos, depressão, somatização, manifestação da doença de base ou em função do tratamento. A incidência de perturbações somatoformes em pacientes oncológicos dificulta o tratamento e o prognóstico (Akechi et al., 2003, e Chaturvedi e col., 1993).
- ▶ Os sintomas mais frequentes são dor, fadiga, anorexia, exaustão, fraqueza, letargia, e tremores. Também comuns são os sintomas ansiosos, tais como a falta de ar, dor muscular, tontura, e palpitação. As preocupações somáticas são também muito frequentes (Akechi et al., 2003, e Chaturvedi e col., 1993).

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES EM DOENTES ONCOLÓGICOS

- ▶ Os sintomas podem ser tratados com aconselhamento e psicofarmacoterapia (Akechi et al., 2003, e Chaturvedi e col., 1993).
- ▶ Existe a hipótese de que grande parte dos sintomas somáticos na oncologia esteja relacionada com perturbações psíquicas que necessitam de intervenção psiquiátrica e psicológica (Akechi et al., 2003, e Chaturvedi e col., 1993).

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES EM DOENTES ONCOLÓGICOS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akechi, T. et al. (2003). Somatic Symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics*, 44, (3), 244-248.

American Psychiatric Association. (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4th ed., texto revisto.). Washington, DC: Author.

Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. (2006). O que Funciona?. In Moreira, P. Gonçalves, O., e Beutler, L. (Eds.), *Métodos de selecção de tratamento O melhor para cada paciente*, pp. 151-207. Porto: Porto Editora.

Torres, A. R. e Crepaldi, A. (2002). Panic disorder and hypochondriasis: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 4, (3), 144-151.