



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E
SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE
ACONSELHAMENTO

“A PESSOA PARA ALÉM DA DOENÇA”: UMA EXPERIÊNCIA DE
PSICOLOGIA CLÍNICA EM DOIS HOSPITAIS MADEIRENSES

(Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em
Psicologia Clínica e de Aconselhamento)

Nivalda Fernandes – N° 20120801

SEMINÁRIO DE ESTÁGIO LECIONADO POR:	Professora Doutora Odete Nunes <i>Universidade Autónoma de Lisboa</i> Professora Doutora Mónica Pires <i>Universidade Autónoma de Lisboa</i>
ORIENTADORA DE RELATÓRIO:	Professora Doutora Rute Brites <i>Universidade Autónoma de Lisboa</i>
ORIENTADORA DE ESTÁGIO:	Dra. Eduarda Freitas <i>Hospital Dr. Nélcio Mendonça</i>

Lisboa, maio de 2015

Resumo¹

O presente relatório pretende refletir o trabalho realizado durante o estágio acadêmico no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, encontrando-se organizado em diferentes capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico e revisão de literatura, onde é especificado o papel do psicólogo no contexto da saúde e no contexto hospitalar e onde são caracterizadas as principais problemáticas encontradas em contexto de estágio. O segundo capítulo refere-se à componente prática, onde estão inseridas as atividades realizadas ao longo do estágio, juntamente com a respetiva fundamentação teórica e reflexão pessoal. O terceiro capítulo corresponde à apresentação de dois casos clínicos acompanhados ao longo do estágio, onde estão descritos dados anamnésicos, resultados de um teste aplicado, observações clínicas, síntese das intervenções realizadas e reflexão pessoal.

A concretização deste estágio permitiu a aquisição de competências diversificadas no âmbito da intervenção psicológica em contexto hospitalar e da saúde. Constituiu uma experiência rica em aprendizagens quer de natureza técnica, quer de natureza pessoal, que auxiliou a construção de uma identidade profissional comprometida com a realidade. As intervenções realizadas e reflexões produzidas visam realçar a identificação com o pressuposto da “pessoa para além da doença”, isto é, de uma intervenção humanizada para com os pacientes, com respeito à sua dignidade, individualidade e complexidade, focando a relação como o fator mais importante da intervenção psicológica.

¹ O presente relatório segue as normas do novo acordo ortográfico.

Abstract

The present report intends to reflect the work executed during the academic internship in the Clinical Psychology and Counseling Masters, and its organization includes different chapters. The first chapter corresponds to the theoretical framework and literature review, in which we specify the psychologist's role in the health field and in hospital context, as well as characterize the main subjects/themes encountered in the internship context. The second chapter refers to the practical component, which includes the activities carried out during the internship, along with the respective theoretical background and personal review. The third chapter corresponds to the presentation of two clinical cases followed over the internship, in which are described anamnesis' data, results of an applied testing, clinical observations, synthesis of interventions and personal review.

This internship allowed the acquisition of diverse skills within the psychological intervention in the health field and hospital context. It was a rich learning experience in both technical and personal nature, which helped to build a professional identity committed to reality. The produced interventions and reviews enhance the identification with the premise of the "person beyond the disease", i.e., a humanized assistance to patients with respect to their dignity, individuality and complexity, focusing the relation as the most important factor of the psychological intervention.

Índice

Resumo	I
Abstract	II
Índice	III
Introdução	.5
I - Enquadramento Teórico	.9
1. Psicologia da Saúde	9
1.1. Avaliação psicológica em saúde	14
1.2. Intervenção psicológica em saúde	15
1.2.1. Aconselhamento psicológico em saúde	16
1.2.2. Intervenção psicológica em cuidados de saúde primários	20
1.2.3. Intervenção psicológica em cuidados de saúde continuados	22
1.2.4. Intervenção psicológica em cuidados de saúde diferenciados	23
1.3. Investigação	26
1.4. Formação	28
1.5. Organização e qualidade	29
2. Psicologia em Contexto Hospitalar	29
3. Psico-Oncologia	39
3.1. Cancro da mama	41
II - Atividades em Contexto de Estágio.....	47
1. Serviço de Ginecologia	50
2. Serviço de Ginecologia/Obstetrícia	56
3. Serviço de Neurologia	60
III - Casos Clínicos	65
1. Caso Clínico 1	65
1.1. Identificação do Caso	65
1.2. História Pessoal	65
1.3. História Familiar	67
1.4. História Clínica	68
1.5. Exames Complementares Psicológicos: Teste de Rorschach	68

1.5.1. Processamento de informação.....	70
1.5.2. Ideação.....	71
1.5.3. Aspetos afetivos.....	71
1.5.4. Perceção de si.....	72
1.5.5. Perceção e relacionamento interpessoal.....	72
1.5.6. Controlo e tolerância ao stresse.....	73
1.5.7. Conclusão.....	74
1.6. Observações .	74
1.7. Intervenção Psicológica .	76
1.8. Reflexão Pessoal .	78
2. Caso Clínico 2	79
2.1. Identificação do Caso	79
2.2. História Pessoal	79
2.3. História Familiar	81
2.4. História Clínica	82
2.5. Observações	83
2.6. Intervenção Psicológica	84
2.7. Reflexão Pessoal	87
Conclusão	89
Referências Bibliográficas	93
Anexos	105
Anexo A – Fichas de Internamento.....	105
Anexo B – Cotação do Teste de Rorschach.....	111
Anexo C – Certificados de Participação em Encontros Científicos.....	121
Anexo D – Entrevistas dos Casos Clínicos.....	126

Introdução

O presente relatório procura retratar as diferentes atividades realizadas ao longo do estágio curricular que teve lugar em dois hospitais da cidade do Funchal, nomeadamente o Hospital Dr. Nélio Mendonça e o Hospital dos Marmeleiros. O estágio foi realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, orientado nas UCs de Seminário de Estágio pela Professora Doutora Odete Nunes e pela Professora Doutora Mónica Pires e, no local de estágio, pela Dr.^a Eduarda Freitas, iniciado a 13 de Novembro de 2013 até 02 de Julho de 2014, tendo a duração de 906 horas.

Os dois hospitais integram-se no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial (SESARAM, E.P.E), o qual constitui uma unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, que funciona como um mecanismo articulador, na base de complementaridades, dos centros de saúde e dos hospitais e como instância de planeamento de recursos, cabendo-lhe a prestação de cuidados aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais (SESARAM, *s.d. a*).

O Hospital dos Marmeleiros, anteriormente Hospital de Santa Isabel, adotou a denominação do sítio onde se encontra localizado (sítio dos Marmeleiros da freguesia de Nossa Senhora do Monte) e constitui uma propriedade da Santa Casa da Misericórdia do Funchal (SESARAM, *s. d. a*). Iniciou a sua atividade hospitalar a partir do ano de 1931, tornando-se assim numa das primeiras casas hospitalares do país (SESARAM, *s.d. a*). Na década seguinte, o Hospital dos Marmeleiros foi alvo de diversas melhorias e ampliações, no sentido de corresponder às necessidades prementes da população (SESARAM, *s.d. a*).

O Hospital Dr. Nélio Mendonça, anteriormente designado por Hospital Cruz de Carvalho, adotou a denominação de Nélio Mendonça devido ao seu vasto currículo e percurso na carreira médica e, especialmente, pela sua dedicação à organização hospitalar e a todos os problemas relacionados com a saúde na Região Autónoma da Madeira (SESARAM, *s.d. a*), tendo reformado os Serviços de Saúde e de Segurança Social da Madeira e criado o Serviço Regional de Saúde, reconhecido como um dos Serviços de Saúde mais eficazes do país (SESARAM, *s.d. b*).

Este hospital iniciou a sua atividade em 1973, data a partir da qual o distrito do Funchal passou a dispor de um dos melhores e mais bem equipados hospitais portugueses, concretizando uma das mais velhas e prementes aspirações do povo madeirense (SESARAM, *s.d. a*).

Atualmente, o Hospital Dr. Nélío Mendonça dispõe de serviços clínicos, serviços de urgência, consulta externa, unidade de apoio clínico e unidades clínicas e integra diferentes departamentos, nomeadamente o Departamento de Saúde Mental, onde foi realizado o meu estágio, e de onde fazem parte o Serviço de Psiquiatria, o Serviço de Pedopsiquiatria, o Serviço de Psicologia, a Unidade de Tratamento de Toxicodependência, a Unidade de Intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool e as Unidades Locais de Saúde Mental.

O Departamento de Saúde Mental promove a saúde mental, através da prevenção e tratamento das doenças psiquiátricas, assim como a reabilitação das pessoas afetadas. Os serviços deste departamento vieram proporcionar melhores condições de dignidade e conforto a doentes e familiares, aliadas à possibilidade de novas abordagens terapêuticas proporcionando, no seu conjunto, maiores e melhores cuidados à população. Atualmente, conta com cinco médicos psiquiatras, quatro médicos pedopsiquiatras e 61 psicólogos, todos em número superior à média nacional por habitante, o que em muito melhorou a acessibilidade da população aos cuidados de saúde e que se traduziu em crescimentos consideráveis, na ordem dos 67%, nas consultas de psiquiatria.

Parte integrante do Departamento de Saúde Mental, o Serviço de Psiquiatria tem como missão prestar cuidados diferenciados na área da Saúde Mental aos adultos e idosos da Região Autónoma da Madeira, também extensível aos familiares. Este Serviço atua maioritariamente na área dos Internamentos de doentes agudos; nas Consultas Externas que englobam a Psicologia e a Psiquiatria; no Serviço de Urgência; no Hospital Dia; no Apoio Domiciliário; na Intervenção Comunitária e na Terapia Ocupacional.

A estrutura do presente relatório encontra-se organizada em diferentes capítulos.

Em primeiro lugar será realizada uma abordagem à área da Psicologia da Saúde, seu conceito e objetivos, incluindo os contextos laborais do psicólogo da saúde, com referência à sua atuação nos cuidados de saúde primários, continuados e diferenciados. Será abordado o papel do psicólogo não só no contexto da saúde, como também no contexto específico do hospital.

Uma vez que muitos dos casos acompanhados ao longo do meu estágio eram do âmbito da oncologia, será feita uma abordagem à área da Psico-Oncologia, seu conceito e objetivos, bem como as principais vantagens e a importância da intervenção psicológica neste ramo específico. A larga maioria dos casos acompanhados no estágio foram casos de patologia mamária, muitos dos quais de natureza oncológica. Como tal, será dedicado

um capítulo à abordagem do cancro da mama, com dados epidemiológicos e principais implicações físicas, psicológicas e emocionais para os doentes e seus familiares, realçando a imprescindibilidade da presença e intervenção do psicólogo junto destes pacientes.

O segundo capítulo corresponde à componente prática, onde estão inseridas as atividades realizadas ao longo do estágio, consoante o tipo de serviço. É apresentada uma caracterização da amostra total de casos acompanhados, bem como das amostras de casos referentes a cada serviço, incluindo as principais problemáticas diagnósticas, tratamentos realizados (no caso do Serviço de Ginecologia) e a fase médica dos casos, na altura do acompanhamento realizado.

O terceiro capítulo apresenta dois casos clínicos acompanhados durante o estágio. Cada caso apresenta dados anamnésicos do paciente, resultados do teste realizado (no caso clínico 1), observações clínicas, síntese das intervenções realizadas e reflexão pessoal.

O primeiro caso aborda uma paciente em fase de recuperação final e bem-sucedida no contexto de doença oncológica, mais precisamente mastectomia bilateral das mamas. Esta paciente foi seguida em contexto de consulta externa, onde assisti à sua alta e consulta de psicologia. A paciente realizou o Teste de Rorschach, onde foi possível focar vários aspetos da sua personalidade.

O segundo caso clínico aborda uma outra paciente em contexto de doença oncológica, com metástases, que foi acompanhada no internamento durante cerca de quatro meses. Esta paciente foi seguida periodicamente, dado o seu grave diagnóstico, que apontava para doença em fase terminal com apenas dois meses de vida previstos, cenário que não se verificou até à data.

Um dos principais objetivos deste relatório é fazer uma abordagem à premissa “a pessoa para além da doença”. Através de todas as experiências vividas ao longo do estágio curricular, reconheci que esta abordagem é imprescindível quando trabalhamos como profissionais de saúde e lidamos com pessoas com diagnósticos graves e/ou terminais.

A experiência da doença grave isola os pacientes, pois os mesmos são confrontados com uma nova realidade, que é perturbadora e que exige mudanças internas e mudanças na perceção de si mesmos; passam a sentir-se definidos de maneira diferente dos outros – “as pessoas saudáveis” (Chochinov, Hassard, Kristjanson, McClement &

Halos, 2005; Julião, 2013). A doença, as limitações que ela implica e os tratamentos evocam ameaças e fantasias desagradáveis em diferentes níveis de consciência do paciente e que ecoam em diferentes partes da sua vida (Chochinov et al., 2005; Julião, 2013). Além disso, os pacientes sentem uma grande ansiedade face à falta de coerência e de previsibilidade, podendo dar origem a uma crise (Chochinov et al., 2005; Julião, 2013).

Face a todo este cenário, torna-se essencial que os profissionais de saúde que lidam diariamente com estes pacientes tenham em si a capacidade de recuperar a dignidade do doente, de valorizar a sua história e a sua identidade, de vê-lo como um todo, como um ser humano em toda a sua complexidade e não apenas como mais um caso; como mais um diagnóstico.

Aqui, a psicologia tem um papel fundamental, pois introduz e realça os fatores psicológicos no ramo da saúde, complementando a medicina no que se refere ao papel dos aspetos psicológicos nas situações de saúde e doença e, ainda, ajudando os diferentes profissionais a prestar serviços mais humanizados e individualizados aos utentes.

A psicologia no ramo da saúde não só investiga e avalia a identificação e a influência de fatores (extrínsecos e intrínsecos) que sustentam os comportamentos de saúde (ajustados ou desajustados) (Conner & Norman, 2005), como também realça o papel dos fatores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e da doença, promovendo um maior sucesso na prestação de serviços de saúde e uma maior eficácia dos tratamentos (Ogden, 2012; Simonetti, 2011).

Desta forma, a psicologia da saúde constitui-se um ramo específico da psicologia que detém uma contribuição fundamental às ciências médicas e uma intervenção imprescindível no sistema de saúde atual.

I – Enquadramento Teórico

1. Psicologia da Saúde

A psicologia da saúde é um ramo aplicado da psicologia, que faz uso dos conhecimentos e das técnicas psicológicas na área da saúde, da doença e dos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2012). A área da psicologia da saúde estuda o papel da psicologia como ciência e profissão no domínio da saúde, doença e prestação de cuidados de saúde, tendo em consideração os contextos sociais e culturais envolvidos, pois a saúde e a doença têm significações diferentes consoante diversos fatores (e.g., estatuto socioeconómico, género, diversidade cultural) (Carvalho-Teixeira, 2004a).

A psicologia da saúde resulta da contribuição de diversas áreas da psicologia (e.g., psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia, psicologia do desenvolvimento), no sentido da promoção e manutenção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças (Simon, 1993).

O papel principal deste ramo da psicologia consiste no estudo e compreensão da possibilidade de contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades, através da intervenção psicológica (Carvalho Teixeira, 2004a). Assim, os psicólogos da saúde são os psicólogos direcionados para a compreensão da influência dos fatores biológicos, comportamentais e sociais na saúde e na doença (Carvalho Teixeira, 2004a).

De facto, na psicologia da saúde considera-se que o ser humano deve ser visto como um sistema complexo, em que a doença é causada por uma multiplicidade de fatores e não por um único fator causal (Ogden, 2012). Assim, a psicologia da saúde distancia-se de um modelo de saúde linear simples e afirma que a doença pode ser causada por uma combinação de fatores biológicos (e.g., um vírus), psicológicos (e.g., comportamentos, crenças) e sociais (e.g., emprego) (Ogden, 2012). Isto vai ao encontro do modelo biopsicossocial desenvolvido por Engel (1977), o qual representou uma tentativa de integração do modelo psicológico e do modelo social no tradicional modelo biomédico, e onde os fatores biológicos incluem a genética, os vírus, as bactérias e os defeitos estruturais; os aspetos psicológicos de saúde e doença foram descritos em termos de cognições (e.g., expectativas de saúde), emoções (e.g., medo dos tratamentos) e comportamentos (e.g., tabagismo, alimentação, exercício, consumo de álcool); e os

aspectos sociais foram descritos em termos de normas sociais de comportamento (e.g., a norma social de ser fumador ou ser não-fumador), pressões para a mudança de comportamento (e.g., expectativas dos grupos de pares, pressão parental), valores sociais ao nível da saúde (e.g., se a saúde é vista como uma coisa boa ou má), classe social e etnicidade.

É sabido que, particularmente nos países industrializados, uma proporção substancial da taxa de mortalidade e das principais causas de morte deve-se a padrões de comportamento, os quais são modificáveis, e reconhece-se que os indivíduos podem contribuir para a sua própria saúde e bem-estar através da adoção de comportamentos promotores da saúde (e.g., exercício físico) e pelo evitamento de outros comportamentos comprometedores da saúde (e.g., fumar) (Conner & Norman, 2005). Por estas razões, a identificação de fatores que sustentam estes comportamentos de saúde tem sido um foco constante de investigação na área da psicologia e outras disciplinas relacionadas com a saúde.

Atualmente, uma ampla distinção pode ser feita entre fatores intrínsecos ao sujeito (e.g., fatores sociodemográficos, personalidade, suporte social, cognições) e fatores extrínsecos ao sujeito, os quais podem ser divididos em estruturas de incentivo (e.g., imposto sobre o álcool e o tabaco, subsídio de instalações desportivas) e restrições legais (e.g., proibição de substâncias perigosas, multar quem não utiliza cinto de segurança) (Conner & Norman, 2005).

No que concerne aos fatores intrínsecos, de fato, alguns estudos têm evidenciado que variáveis demográficas como a idade, o género, o estatuto socioeconómico e social mostram associações fiáveis com o desempenho de comportamentos de saúde. Geralmente, indivíduos mais novos, mais saudáveis e com melhor educação sob níveis reduzidos de stresse e com níveis elevados de suporte social são mais prováveis de praticar comportamentos que promovam a saúde (Conner & Norman, 2005). Por sua vez, níveis elevados de stresse e/ou menores recursos são associados a comportamentos que comprometem a saúde, como o tabagismo e o abuso de álcool (Adler & Matthews, 1994).

Por estas razões, os fatores intrínsecos ao sujeito têm recebido maior atenção por parte dos psicólogos e, dentro destes, os fatores cognitivos têm sido focados como os determinantes mais importantes nos comportamentos de saúde (Conner & Norman, 2005). De fato, têm sido desenvolvidos vários modelos sobre o papel dos fatores cognitivos no desenvolvimento de vários comportamentos sociais, os quais têm sido amplamente utilizados pelos psicólogos da saúde (Conner & Norman, 2005).

Um dos modelos de cognição social mais utilizados e mais antigos no campo da psicologia da saúde é o modelo de crença de saúde (Conner & Norman, 2005). Este modelo utiliza dois aspectos das representações do comportamento de saúde em resposta à ameaça de doença, nomeadamente a percepção da ameaça de doença e a avaliação de comportamentos para neutralizar essa ameaça (Abraham & Sheeran, 2005). A percepção de ameaças depende de duas crenças: a suscetibilidade percebida em relação à doença e a severidade percebida das consequências da doença (Abraham & Sheeran, 2005). Estas duas variáveis podem ajudar a determinar a probabilidade das ações de um indivíduo, relacionadas à sua saúde, sem esquecer a influência das diferenças individuais de cada sujeito, tais como as variáveis sociodemográficas, a pressão social e a personalidade (Abraham & Sheeran, 2005). Além disto, acredita-se que a ação particular tomada pelo indivíduo é determinada pela sua avaliação das alternativas disponíveis, ou seja, a avaliação do custo-benefício relativamente ao comportamento de saúde a tomar (Abraham & Sheeran, 2005). Assim, de acordo com este modelo, um indivíduo apresenta maior probabilidade para seguir um determinado comportamento de saúde se acredita ser suscetível a uma determinada condição, a qual considera grave, e acredita que os benefícios da ação desenvolvida para neutralizar a ameaça de saúde prevalecem sobre os custos (Conner & Norman, 2005).

Outro dos modelos de cognição social mais conhecidos, a teoria de proteção-motivação, apresenta os mesmos pressupostos do modelo anterior, adicionando um contributo da teoria da autoeficácia de Bandura (1982), pressupondo que o indivíduo envolve-se num determinado comportamento de saúde não só pelos componentes de suscetibilidade, severidade e eficácia de resposta através da avaliação custo-benefício, mas também pela crença na sua capacidade de executar as ações mais adequadas de forma eficaz (Norman, Boer & Seydel, 2005). Nesta teoria, o comportamento reveste-se de intencionalidade, levando o indivíduo a seguir comportamentos adaptativos, no sentido da motivação de se autoproteger contra a ameaça de doença, ou comportamentos maladaptativos (Norman, Boer & Seydel, 2005).

Por sua vez, a teoria do comportamento planeado pressupõe que os determinantes do comportamento são: a intenção do sujeito em empenhar-se num determinado comportamento e a sua percepção de controlo sobre esse comportamento (Conner & Sparks, 2005). As intenções representam a motivação em relação ao plano ou decisão consciente de exercer esforço para desempenhar determinado comportamento. O controlo comportamental percebido é a expectativa de que o desempenho do comportamento está

sob o seu controlo. Aqui, a intenção é determinada por três fatores: as atitudes (avaliações do comportamento feitas pelo sujeito); as normas subjetivas (as crenças acerca da significância dada pelos outros ao determinado comportamento) e o controlo comportamental percebido (percepção do sujeito relativamente à facilidade ou dificuldade de execução do comportamento, incluindo a avaliação do acesso aos recursos e oportunidades necessários para desempenhar o comportamento de forma eficaz) (Conner & Sparks, 2005).

A teoria sociocognitiva de Bandura (1982) constitui a base de outro dos modelos de determinantes do comportamento de saúde dos indivíduos (Luszczynska & Schwarzer, 2005). Nesta abordagem a motivação e ação humanas são baseadas em três expectativas: situação-resultado (representam as crenças acerca de quais as consequências que ocorrerão sem a interferência de uma ação pessoal, como por exemplo a suscetibilidade a uma ameaça de saúde); ação-resultado (representam as crenças de que um determinado comportamento irá ou não conduzir a um determinado resultado, como por exemplo a crença de que deixar de fumar conduzirá a uma diminuição do risco de doenças cardiovasculares) e a autoeficácia percebida (percepção do sujeito acerca do seu grau ou nível de capacidade para executar determinado comportamento de saúde de forma eficaz) (Luszczynska & Schwarzer, 2005).

Apurada a importância dos fatores intrínsecos ao sujeito no campo da saúde, a psicologia da saúde realça o papel dos fatores psicológicos na causa, progressão e consequências da saúde e da doença, tendo vários objetivos, os quais podem ser divididos em (Ogden, 2012): (1) *compreender, explicar, desenvolver e testar teorias* e (2) *colocar as teorias em prática*.

No que concerne ao primeiro objetivo, o mesmo concretiza-se através de: (a) *avaliação do papel do comportamento na etiologia da doença* (e.g., a doença coronária está relacionada com comportamentos como o tabagismo, má alimentação e falta de exercício físico; muitos cancros estão relacionado com comportamentos como a qualidade da alimentação, o tabagismo, consumo excessivo de álcool e falha nos exames de rotina); (b) *predição de comportamentos não-saudáveis* (e.g., o tabagismo, o consumo de álcool e as alimentações ricas em gorduras estão relacionadas com crenças e as crenças acerca da saúde e da doença podem ser usadas para prever comportamentos); (c) *avaliação das interações entre a psicologia e a fisiologia* (e.g., o stresse está relacionado com a avaliação do *coping* e do suporte social e conduz a mudanças fisiológicas que

podem acionar ou exacerbar doenças; a percepção da dor pode ser exacerbada pela ansiedade e reduzida pela distração); (d) *compreensão do papel da psicologia na experiência da doença* (e.g., a compreensão das consequências psicológicas da doença pode ajudar a aliviar sintomas como dor, náuseas, ansiedade, depressão); e (e) *avaliação do papel da psicologia no tratamento da doença* (e.g., se os fatores psicológicos são importantes nas causas da doença, podem também desempenhar um papel importante no seu tratamento; mudar o comportamento e reduzir o stresse pode reduzir a probabilidade de um futuro ataque cardíaco; o tratamento das consequências psicológicas da doença pode ter um impacto na longevidade).

No que diz respeito ao segundo objetivo – colocar as teorias em prática – o mesmo pode ser implementado através de: (a) *promoção de comportamentos de saúde* (e.g., a compreensão do papel do comportamento na doença permite identificar comportamentos não-saudáveis; a compreensão das crenças que dão origem a comportamentos permite a identificação das mesmas; a compreensão das crenças pode ajudar na mudança das mesmas); e (b) *prevenção da doença* (e.g., a mudança de crenças e de comportamentos pode prevenir a doença; modificar o stresse pode reduzir o risco de um ataque cardíaco; as intervenções comportamentais durante a doença, como deixar de fumar após um ataque cardíaco, podem prevenir futuras doenças; o treino de profissionais de saúde para a melhoria das suas competências de comunicação e de intervenção pode ajudar a prevenir doenças).

Assim, um psicólogo da saúde aplica, na sua prática profissional, os contributos educacionais, científicos e profissionais específicos da disciplina de psicologia à promoção e manutenção da saúde (incluindo prevenção, tratamento e reabilitação); à identificação dos correlatos etiológicos e de diagnóstico de saúde, doença e disfunção associada; e à análise e melhoramento do sistema de cuidados de saúde e da política de formação em saúde (Bennett, 2000; Forshaw, 2002; Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000; Carvalho Teixeira, 2004a).

A intervenção de psicólogos no ramo da saúde, não só contribui para que os utentes melhorem a sua qualidade de vida e o seu bem-estar psicológico, como ainda pode contribuir para que haja uma diminuição no número de internamentos hospitalares e na utilização de medicamentos, bem como um aproveitamento mais ajustado dos recursos e dos serviços de saúde (APA, 2004a). Além disso, a integração do psicólogo nas próprias equipas de algumas especialidades médicas permite, através das relações e comunicação multidisciplinares, uma melhor eficiência na sua intervenção

psicoterapêutica, permitindo ainda a deteção e sinalização de necessidades que, de outra forma, poderiam passar despercebidas.

Os psicólogos podem trabalhar em vários contextos do sistema de saúde (e.g., serviços públicos, serviços privados, sector social) e, em qualquer contexto, trabalham em colaboração com outros técnicos ligados ao ramo da saúde (e.g., médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas.) (Carvalho Teixeira, 2004a). Podem ainda estar envolvidos no ramo do ensino, formação e investigação científica (Carvalho Teixeira, 2004a).

Trindade e Carvalho Teixeira (2002) consideram que a intervenção dos psicólogos da saúde em Centros de Saúde e em Hospitais deve ser conceptualizada na intervenção com os utentes, com os técnicos e na organização. Assim, os psicólogos da saúde podem intervir em vários domínios, serviços e contextos, tais como: prestação de cuidados de saúde primários, unidades de internamento, serviços de saúde mental, saúde pública, saúde ocupacional, unidades de oncologia, consultas de supressão tabágica, centros de alcoologia e serviços de reabilitação, bem como programas de prevenção e promoção da saúde junto da comunidade (Carvalho Teixeira, 2004a).

No caso de Portugal, o ramo da psicologia da saúde teve início nas Maternidades e Hospitais (Carvalho Teixeira, 2002b). Já nos Centros de Saúde, apenas recentemente se começou a verificar a sua implantação (Carvalho Teixeira, 2002b). Quanto à investigação científica portuguesa nesta área, têm vindo a destacar-se quatro áreas específicas: a psicologia da gravidez e da maternidade, a psicologia pediátrica, a psicologia oncológica e a psicologia nos cuidados de saúde primários (Carvalho Teixeira, 2002b).

Os subcapítulos que se seguem abordam as principais tarefas clínicas do psicólogo da saúde, nomeadamente a avaliação psicológica; a intervenção psicológica – onde é abordado o conceito, o processo e a importância do aconselhamento psicológico em saúde, bem como o papel do psicólogo da saúde nos cuidados de saúde primários, nos cuidados de saúde continuados e nos cuidados de saúde diferenciados – a investigação; a formação e, por fim, a organização e qualidade da sua atividade.

1.1. Avaliação psicológica em saúde.

A avaliação psicológica detém um papel importante no ramo da saúde pois é uma ferramenta que auxilia a tomada de decisões adequadas a respeito do diagnóstico diferencial, do tipo de tratamento necessário e do prognóstico ().

Permite a detecção precoce de problemas comportamentais e/ou distúrbios psicológicos ou psiquiátricos nos pacientes, o que detém grande influência na qualidade do atendimento oferecido aos mesmos, bem como permite a diminuição do sofrimento e dos custos operacionais institucionais (Stout & Cook, 1999).

A avaliação psicológica no ramo da psicologia da saúde foca-se nos comportamentos de saúde, no confronto com as doenças, nos estados emocionais e na qualidade de vida e inclui diversas tarefas clínicas, tais como: a entrevista clínica, avaliações cognitivo-comportamentais e de personalidade (através de provas projetivas e outras), avaliações psicofisiológicas, avaliações da qualidade de vida, estudos epidemiológicos e outras atividades de avaliação clínica em saúde, relacionadas com dor, cancro, depressão e ansiedade (Bennett, 2000; Forshaw, 2002).

1.2. Intervenção psicológica em saúde.

Já no que concerne à intervenção psicológica, os principais objetivos são facilitar uma mudança comportamental ajustada e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas resultantes da doença e do seu tratamento (Bennett, 2000). Bennett (2000) e Johnston e Weinman (1995), destacam algumas das atividades interventivas em psicologia da saúde, nomeadamente: as intervenções de gestão do stresse, o treino de autocontrolo e eficácia no *coping*, técnicas comportamentais de relaxamento, modelagem e treino de competências, o *biofeedback*, a educação para a saúde, a facilitação de mudança de comportamentos de risco, a expressão de sentimentos, a intervenção na crise, o aconselhamento psicológico, psicoterapias, grupos de apoio e ajuda mútua.

Por sua vez, Teixeira Carvalho (2004a) é mais específico e focaliza três grandes áreas das intervenções clínicas em psicologia da saúde, nomeadamente: (1) *promoção da saúde e prevenção* (e.g., intervenções de supressão tabágica, de álcool e drogas, promoção de comportamentos alimentares saudáveis, mudança de comportamentos sexuais de risco); (2) *efeitos do stresse sobre a saúde*, através da promoção de estratégias de *coping* adequadas e/ou da melhoria da utilização do suporte social (e.g., confronto com procedimentos médicos, como a cirurgia e a quimioterapia; controlo de sintomas; gestão do stresse, em especial no caso de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e doenças psicossomáticas; adaptação à doença; adesão a procedimentos de tratamento e a atividades de autocuidados; fornecer informação adequada sobre a saúde, promover a adequabilidade da comunicação entre os utentes e os técnicos de saúde; intervir com as

famílias dos utentes); e, por fim, (3) *prestação de cuidados psicológicos a indivíduos com perturbações mentais*, incluindo a realização de avaliações psicológicas, promover o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, realizar aconselhamento psicológico e reabilitação psicossocial.

1.2.1. Aconselhamento psicológico em saúde.

O aconselhamento psicológico é uma intervenção do psicólogo da saúde, que se diferencia da intervenção clínica em aspetos específicos, tais como: tem um caráter situacional; é centrado na resolução de problemas do sujeito; é uma intervenção focada no presente; tem uma duração mais curta; é orientada para a ação mais do que para a reflexão; é, predominantemente, centrada na prevenção mais do que no tratamento; a tarefa essencial do psicólogo é facilitar a mudança de comportamento e ajudar a mantê-la (Bond, 1995). O aconselhamento psicológico consiste numa relação de ajuda que visa facilitar uma adaptação mais ajustada do sujeito à situação em que encontra, através da otimização dos seus recursos pessoais, do seu autoconhecimento, das suas capacidades de autoajuda e de autonomia no confronto com as suas dificuldades e problemas (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

No caso da saúde, a principal finalidade do aconselhamento psicológico é a redução de riscos para a saúde, através de mudanças do comportamento do sujeito, nomeadamente na adoção de um estilo de vida saudável e comportamentos de saúde (e.g., alimentação, exercício físico, uso de substâncias, gestão do stresse, entre outros) e na adaptação, a nível psicológico, face às alterações que advêm do estado de saúde (e.g., confronto com a doença e com a incapacidade) (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

Posto isto, o aconselhamento psicológico está associado a duas grandes áreas de intervenção do psicólogo da saúde, nomeadamente, a área da prevenção e a área da adaptação à doença, sendo os seus principais objetivos (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000): promover a resposta às necessidades psicológicas dos indivíduos; facilitar a mudança de comportamentos de saúde; promover o bem-estar psicológico; identificar as preocupações fundamentais do sujeito em relação à saúde e ajudá-lo a lidar eficazmente com elas; detetar dificuldades comunicacionais e/ou relacionais com a família ou com os técnicos de saúde e ajudar o sujeito a desenvolver estratégias que permitam superá-las; ajudar a tomar decisões informadas face à sua situação de saúde; transmitir informação individualizada às características de cada utente; informar sobre a existência de apoios

especializados e como recorrer aos mesmos; promover o desenvolvimento pessoal dos sujeitos, através da promoção de competências sociais, do maior autoconhecimento e maior autonomia.

A importância do aconselhamento psicológico em saúde prende-se com variados fatores que justificam a sua necessidade. A saúde e a doença estão intimamente relacionadas com os comportamentos individuais e a investigação em psicologia da saúde tem teorizado vários modelos para explicar a relação complexa que o sujeito tem com a sua saúde, referindo diversas variáveis psicológicas que a influenciam. A informação e a educação para a saúde são necessárias mas não suficientes, pois um sujeito bem informado acerca dos riscos para a saúde, decorrentes de determinados comportamentos, pode, ainda assim, envolver-se em comportamentos de risco para a saúde. Desta forma, é necessário considerar fatores psicológicos, individuais, relacionais e sociais que podem influenciar e determinar comportamentos relacionados com a saúde e que podem ser relativamente independentes do grau de informação do sujeito (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

A importância do aconselhamento psicológico em saúde, passa pelo facto de que o mesmo permite atuar sobre algumas das variáveis interventivas, facilitando a mudança comportamental necessária para a prevenção (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000). Além disso, a mudança de comportamentos de saúde é, geralmente, um processo difícil, pois implica a decisão de mudança, a operacionalização da mesma e a manutenção a longo prazo do novo comportamento, objetivos que não são geralmente obtidos pelas intervenções médicas (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000). A importância do aconselhamento psicológico passa ainda pela necessidade de dar resposta às necessidades psicológicas dos utentes, pois permite incluir uma diversidade de aspetos psicológicos (e.g., emoções, sentimentos, crenças, representações, interações) na intervenção em saúde, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade e da humanização dos serviços (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

Os mesmos autores enumeram ainda quatro áreas relevantes na prestação de cuidados de saúde em que o aconselhamento psicológico pode ser útil: (1) *a promoção e manutenção da saúde*, através de aconselhamento individual ou de grupo que promova estilos de vida mais saudáveis em sujeitos saudáveis, para manterem e/ou melhorarem a sua saúde; (2) *a prevenção da doença*, através de aconselhamento individual ou de grupo que vise a aquisição de comportamentos saudáveis e/ou a redução de comportamentos de risco; (3) *a adaptação à doença*, pois o confronto com a mesma exige uma adaptação por

parte do sujeito e, frequentemente, a mobilização de novos recursos pessoais e/ou externos; e (4) a *adesão a exames e tratamentos* médicos de diagnóstico ou de tratamento que, frequentemente, induzem stresse no sujeito.

A par disto, o aconselhamento psicológico deve estar também disponível para a própria equipa multidisciplinar de saúde, como por exemplo, a nível de prevenção e gestão do stresse ocupacional (Papadopoulos & Bor, 1998).

Importa referir que o aconselhamento psicológico não está indicado quando o sujeito não deseja envolver-se no mesmo (depois de ter sido informado em que consiste), quando atribui sistematicamente causa externas aos seus problemas ou quando atribui sistematicamente os seus problemas ao seu estado de saúde e, ainda, quando não reconhece a influência que o seu comportamento tem no seu estado de saúde (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000). Desta forma, importa que o psicólogo detenha várias competências de aconselhamento, tais como (Dryden & Feltham, 1994): construir com o sujeito um plano de ação viável com problemas-alvo; recapitular a informação a cada entrevista; escutar ativamente e transmitir empatia; compreender a realidade interna do utente e devolver esta informação ao mesmo; agir com profissionalismo; preocupar-se verdadeiramente com os sujeitos que acompanha; encorajar os sujeitos a ter um papel ativo; facilitação da autoexploração do sujeito e da chegada às suas próprias conclusões/*insights*; salientar as cognições, emoções e comportamentos mais relevantes para o problema; utilizar técnicas cognitivas e comportamentais adequadas; rever sistematicamente os progressos efetuados e delimitação de tarefas, ajudando o sujeito a incorporar novas perspetivas e experimentar novos comportamentos.

O processo de aconselhamento psicológico em saúde envolve a construção de uma aliança com o utente e uma atmosfera de confiança, respeito e neutralidade, através de competências como a escuta ativa, a empatia e a reflexão (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000). A par disto, o aconselhamento em saúde envolve três fases sucessivas, nas quais são necessárias diferentes competências, nomeadamente (Egan, 1986): (1) *a exploração do problema a partir do ponto de vista do próprio sujeito*, focando as preocupações específicas que eventualmente estejam presentes. Esta fase exige escuta ativa, compreensão empática, aceitação positiva incondicional, parafraseamento e sumarização, ajudando o utente a ser específico; (2) *nova compreensão do problema*, ajudando o sujeito a ver-se a si próprio e à sua situação numa nova perspetiva, focalizando o que poderá ser feito para lidar mais eficazmente com o problema e ajudando-o a identificar os seus recursos pessoais internos e externos. Esta fase exige a compreensão empática, a

transmissão de informação, ajuda para que o sujeito reconheça sentimentos, temas, inconsistências e padrões de comportamento e, ainda, a delimitação de objetivos a atingir; e (3) *a ação*, no sentido de ajudar o indivíduo a equacionar as possíveis alternativas à solução do problema e a avaliação custo-benefício de cada uma dessas alternativas, a construção de um plano de ação e a forma de implementá-lo. Esta fase implica a resolução de problemas, pensamento criativo e processo de tomada de decisão.

A avaliação dos resultados do aconselhamento psicológico em saúde é um fator importante, na medida em que permite verificar a eficácia do mesmo, através da evolução positiva e da mudança comportamental dos sujeitos (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000). Esta avaliação é complexa, pois depende não só das individualidades dos sujeitos que beneficiam do aconselhamento, como do nível de competências do técnico que realiza a intervenção, entre outros fatores organizacionais (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000). Variáveis como a qualidade da relação clínica (e.g., empatia, apoio emocional, genuinidade, cooperação) o tipo de contrato (quando implica acordo mútuo quanto aos objetivos), a participação do utente (quando há um compromisso interno do sujeito na mudança de comportamento), os focos da intervenção, a ausência de contra-attitudes (e.g., hostilidade, culpabilização) e a ausência de lista de espera, podem influenciar a evolução do aconselhamento e os seus resultados de forma positiva (Rowland, 1992; Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

O aconselhamento psicológico tem um papel relevante em diferentes contextos e em diferentes situações clínicas dentro do sistema de saúde e, portanto, podem ser utilizados diferentes modelos teóricos, consoante as especificidades e necessidades de cada utente.

Independentemente do modelo teórico utilizado, o aconselhamento deve seguir uma abordagem biopsicossocial (Davy, 1999), ou seja, deve considerar, em simultâneo, o estado de saúde, o bem-estar psicológico, as competências sociais e a qualidade de vida do sujeito, promovendo a combinação da intervenção psicológica especializada com a intervenção médica (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

Apesar da possibilidade do aconselhamento psicológico seguir várias e distintas perspectivas teóricas (e.g., psicodinâmicas, humanistas, cognitivo-comportamentais, construtivistas, sistémicas), a perspetiva cognitivo-comportamental tem-se verificado a mais apropriada, pois é a que melhor se adapta ao contexto dos cuidados de saúde, quer nos Centros de Saúde quer nos Hospitais (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000). Além disto, em saúde requerem-se intervenções céleres, diretivas, práticas, eficientes e que

promovam a efetiva mudança de comportamentos e a obtenção de ganhos de saúde (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

Scott e Dryden (1996), definiram alguns princípios gerais deste tipo de intervenção, nomeadamente: a elaboração de um plano de trabalho (que inclua a compreensão do problema e a identificação das atividades necessárias para o superar); o treino de competências para aumentar a autoeficácia do sujeito no seu quotidiano; a atribuição da capacidade de mudança ao próprio sujeito; a utilização, pelo sujeito, das competências aprendidas fora do contexto de intervenção clínica.

A prática destes princípios na intervenção implica a utilização de várias competências técnicas, tais como (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000): (1) *transmitir informação personalizada*; (2) *construir a capacidade de autoajuda do sujeito*, focando-se nas suas competências sociais e utilizando diversas técnicas (e.g., competências de confronto/estratégias de *coping*, gestão do stresse, relaxamento muscular, treino de assertividade); (3) *acreditar nas capacidades do sujeito para lidar com as dificuldades*, focando-se na perceção de controlo pessoal; (4) *ajudar na resolução de problemas* (identificação do problema, criação de possíveis soluções, escolha da melhor solução, implementação da melhor solução e revisão do progresso obtido); e (5) *facilitar um ambiente encorajador da mudança*, focando-se no suporte social e familiar.

A intervenção psicológica em saúde abrange não só o aconselhamento psicológico, como detém um papel importante nos diferentes cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários, continuados e diferenciados, onde oferece um contributo específico e ajustado às necessidades características de cada um dos mesmos.

1.2.2. Intervenção do psicólogo nos cuidados de saúde primários.

A intervenção do psicólogo nos cuidados de saúde primários visa a aplicação dos conhecimentos e técnicas da psicologia na promoção da saúde e prevenção da doença, na realização de consultas psicológicas e na participação em projetos desenvolvidos nos Centros de Saúde (Carvalho Teixeira, 2004a).

No Centro de Saúde, o psicólogo não pode ter apenas competências para a avaliação clínica e para a intervenção terapêutica individual, mas também competências educacionais, sociais e organizacionais ligadas à saúde e a capacidade para proporcionar às equipas de cuidados de saúde primários maior consciência acerca dos fatores

psicológicos ligados à saúde, à prestação de cuidados, à gestão de recursos, à humanização dos serviços e à intervenção junto da comunidade (Trindade, 1999).

A Associação Psicológica Americana, no seio do seu *Committee for the Advancement Of Professional Practice Task Force on Primary Care*, enumerou algumas recomendações, no sentido de que a intervenção psicológica no contexto dos cuidados de saúde primários, pressuponha uma atuação correta e adaptada: (1) *os psicólogos devem prestar vários serviços e desempenhar vários papéis*, tais como: consulta psicológica, educação para a saúde, formação, investigação e desenvolvimento de parcerias comunitárias que suportem a continuidade dos cuidados; (2) *os psicólogos devem estar fisicamente próximos e acessíveis aos médicos de família*; (3) *os psicólogos podem ser consultores da equipa* de cuidados de saúde acerca de um utente, avaliação de sujeitos e promoção de uma informação sobre saúde mais adequada e eficaz; (4) *a relação entre trabalho e tempo constitui um potencial conflito entre psicólogos e médicos de família* pois são esperados resultados rápidos. Assim, a colaboração dos psicólogos pode integrar várias estratégias, como: centrar a intervenção nos problemas apresentados, preparar resumos das informações clínicas mais relevantes e atender aos pedidos de informação dos médicos; (5) *o sucesso do trabalho do psicólogo está ligado à sua capacidade de adaptar os conhecimentos e competências ao contexto de saúde onde trabalha*, o que significa desenvolver um conhecimento aprofundado sobre uma doença ou população em uns casos, e um conhecimento genérico sobre uma ampla variedade de problemas médicos em outros (APA, 1998).

Os psicólogos nos cuidados de saúde primários desenvolvem vários tipos de atividades, nomeadamente (Gatchel & Oordt, 2003; Trindade, 2000): (1) *promoção da saúde*, através da informação e educação para a saúde ao nível da alimentação, malefícios advindos de hábitos não-saudáveis (e.g., sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, consumo de drogas), contraceção e planeamento familiar, maternidade, comportamentos de saúde na infância, idade escolar, adolescência, velhice, entre outros, focando os aspetos psicológicos associados aos problemas de saúde e à promoção da mesma; (2) *consulta psicológica*, através da avaliação e intervenção junto de sujeitos que apresentam dificuldades face à mudança comportamental (e.g., hábitos alimentares e controlo de peso, exercício físico, supressão do tabaco, gestão do stresse), auxiliar os utentes no confronto e adaptação à doença e na experiência de ansiedade face a exames e tratamentos clínicos, crises pessoais e/ou familiares (e.g., luto, fases de transição vital, problemas conjugais, violência doméstica, isolamento social, reforma, problemas laborais

e desemprego), perturbações do desenvolvimento, perturbações de ajustamento (e.g., ansiedade, depressão), intervir face à inadequação e ineficácia da comunicação entre utentes e profissionais, dificuldades dos utentes em aderir aos tratamentos, entre outros; (3) *cuidados continuados*, onde o psicólogo pode inserir-se nas equipas de cuidados de saúde ao domicílio, junto de pacientes com elevada dependência; (4) *promoção da humanização dos serviços*; (5) *investigação*, em áreas relevantes e necessárias para a equipa de saúde onde se insere; e (6) *formação* a profissionais de saúde, acerca dos fatores psicológicos associados à prestação de cuidados.

Uma vez que se verificam, com frequência, dificuldades na colaboração entre psicólogos e médicos, em especial face à distinção entre as abordagens teóricas e práticas de cada profissional, bem como devido ao predomínio do estatuto socioprofissional do médico em detrimento do psicólogo, torna-se imprescindível que as relações profissionais sejam o mais eficazes possíveis (Trindade, 1999). Assim, podem ter utilidade algumas recomendações (Trindade, 1999): (2) *os problemas do utente devem ser trabalhados consoante as suas competências e estratégias de coping, os seus recursos pessoais e sociais*; (3) *quando é necessária a referenciação do utente para outros especialistas, o médico de família deve ser consultado*; (4) *promover uma boa relação com os outros técnicos de prestação de cuidados*; (5) *acordar com o médico de família do utente quais as informações clínicas a transmitir ao mesmo*; (6) *respeitar as diversidades profissionais teóricas e práticas*.

1.2.3. Intervenção do psicólogo nos cuidados de saúde continuados.

Nos cuidados de saúde continuados, a intervenção psicológica direciona-se para a integração social e profissional de sujeitos com doença crónica incapacitante, promovendo uma adaptação mais eficaz à situação, por parte do utente e da família. O psicólogo pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de *coping* e ajustamento psicológico à hospitalização, cirurgia, dor crónica, cancro, às sequelas de doenças cardio e cerebrovasculares e traumatismos cranianos (Trindade, 1999). O psicólogo detém também um papel importante na mediação entre as diferentes equipas de saúde.

A intervenção psicológica no contexto dos cuidados continuados tem vindo a assumir uma crescente relevância, pois estes cuidados são dirigidos a sujeitos que requerem assistência e acompanhamento nos locais onde se encontram (e.g., domicílio, lares). Este tipo de cuidado exige ainda uma resposta às necessidades de carácter

psicológico dos utentes e das famílias, através do fornecimento de ajuda e aconselhamento psicológico (Trindade, 1999).

Além disto, a intervenção do psicólogo também poderá passar pela adequabilidade da prestação dos cuidados às especificidades do funcionamento individual de cada utente e dos seus recursos pessoais e sociais, bem como pela monitorização da qualidade dos cuidados prestados e promoção do envolvimento do utente e da família na prestação dos cuidados (Trindade, 1999).

1.2.4. *Intervenção do psicólogo nos cuidados de saúde diferenciados.*

Os cuidados de saúde diferenciados repartem-se por um número variado de serviços hospitalares, nos quais trabalham múltiplos especialistas, o que torna difícil a categorização das diferentes áreas em que a intervenção psicológica pode ser aplicada (Carvalho Teixeira, 2007). Talvez por este motivo é que, em determinados países, se tenha verificado primeiro a intervenção do psicólogo nos cuidados de saúde primários e, somente mais tarde, nos cuidados de saúde diferenciados (Carvalho Teixeira, 2007). Porém, no nosso país, a intervenção psicológica abrangeu primeiro os cuidados de saúde diferenciados e, apenas recentemente, começou a abranger os cuidados de saúde primários (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

A intervenção psicológica nos cuidados de saúde diferenciados pode ter um papel relevante não só junto dos utentes e familiares, como também junto dos diferentes profissionais de saúde, incidindo, principalmente, nas seguintes áreas (Trindade & Carvalho Teixeira, 2002): stresse causado pelos procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento (e.g., exames, cirurgia) e promoção de comportamentos de adesão aos tratamentos; confronto com a doença, adaptação à doença e à incapacidade; diminuição de comportamentos de saúde inadequados ou de risco para o desenvolvimento de doenças; controlo de sintomas; lidar com a morte e o luto; promover a qualidade de vida; intervir nos casos de stresse ocupacional dos técnicos e *burnout*.

Mais especificamente, a intervenção psicológica junto de sujeitos com doença crónica pode focar-se em variados aspetos, tais como (Trindade & Carvalho Teixeira, 2002): auxílio na tomada de decisão; intervenção sobre estados emocionais, ajudando a gerir o stresse causado pela doença; auxiliar no confronto do sujeito com a doença e com os consequentes tratamentos, promovendo também a sua adesão aos procedimentos de tratamento; intervenção na ocorrência de crises pessoais e/ou familiares associadas à doença; promover a eficácia e adequabilidade da comunicação entre utentes e equipa de

saúde; disponibilizar informação sobre os apoios especializados e recursos existentes na comunidade face às necessidades específicas de cada utente.

Já no que concerne às várias especialidades, as situações médicas nas quais os sujeitos podem ter necessidades diversas de intervenção psicológica, prendem-se com (Daines, Gask & Usherwood, 1997; Sanders, 1996): Cardiologia (e.g., realização de cateterismo cardíaco, doença isquémica do coração e enfarte do miocárdio, hipertensão arterial, transplante cardíaco); Pneumologia (e.g., asma brônquica, síndrome de hiperventilação, doença pulmonar obstrutiva crónica); Reumatologia (e.g., lombalgias, artrite reumatóide, espondilite anquilosante, fibromialgia); Gastroenterologia (e.g., endoscopias digestivas, cólon irritável); Endocrinologia (e.g., diabetes, obesidade); Nefrologia (e.g., insuficiência renal crónica, hemodiálise, transplante renal); Dermatologia (e.g., acne, dermatite atópica, eczemas, psoríase); Infecçiology (e.g., hepatites B e C, VIH/SIDA); Estomatologia (e.g., medo e ansiedade dentária, bruxismo); Pediatria (e.g., hospitalização, doença crónica, queimaduras, cancro); Ginecologia (e.g., síndrome pré-menstrual, menopausa, cancro da mama e outros); Obstetrícia (e.g., gravidez de risco, problemas de fertilidade, reprodução medicamente assistida, depressão pós-parto); Neurologia (e.g., acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos, Alzheimer, epilepsia, doença de Parkinson, esclerose múltipla, enxaquecas).

Como verificado, no contexto dos cuidados de saúde diferenciados surgem casos de doença terminal, pelo que a intervenção psicológica deve seguir a linha dos cuidados paliativos, os quais visam promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares, perante a doença crónica e terminal (OMS, 2009), prevenindo e aliviando o sofrimento motivado pelos sintomas e pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) e reduzindo o risco de lutos patológicos (Domingues et al, 2013). A prestação destes cuidados deve assentar numa intervenção interdisciplinar (e.g., médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), em que o sujeito e a família são o centro gerador das decisões de equipa (Sousa & Carpigiani, 2010).

Vários autores (e.g., Pessini & Bertachini, 2006) realçam alguns princípios básicos dos cuidados paliativos, nomeadamente: (1) *controlar a dor e os sintomas*, considerando a história do paciente e as suas individualidades; (2) *afirmar a vida e entender a morte como processo natural do viver*; (3) *integrar os aspetos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado ao paciente*; (4) *não antecipar a morte*, porém não alongar inflexivelmente a vida atarvés da tecnologia; (4) *não reduzir o ser humano a uma entidade biológica*; (5) *promover ao paciente uma vida o mais digna e ativa possível*,

permitindo que o mesmo participe na tomada de decisão acerca do seu tratamento, estabeleça os seus objetivos e prioridades relativamente à sua condição e à sua vida, sendo que os técnicos devem estar preparados para atender aos intentos dos pacientes; (6) *ajudar a família no cuidado ao utente e na securização e apoio do mesmo na proximidade da morte*; e (7) *oferecer um sistema de apoio para a família do paciente na vivência do processo de luto*.

A comunicação da terminalidade ao paciente e à família, bem como do óbito, é um processo extremamente traumático para os envolvidos e exige que o técnico de saúde seja capaz de conter as emoções intensas dos mesmos e de respeitar o tempo de assimilação da informação e da situação por parte dos sujeitos (Mencarelli, Bastidas & Aiello Vaisberg, 2008). Desta forma, a comunicação em cuidados paliativos é um instrumento indispensável para que se atenda ao objetivo de cuidar do paciente e familiar na sua integridade (Sousa & Carpigiani, 2010).

De facto, para os pacientes sob cuidados paliativos, o relacionamento humano e a qualidade do mesmo são fatores essenciais para suportar os momentos mais difíceis (Araújo & Silva, 2007). Expressões de compaixão e afeto transmitem uma sensação de consolo e paz interior para os pacientes (Hawthorne & Yurkovich, 2003). Desta forma, é essencial que a comunicação verbal seja adequadamente empregue na prestação de cuidados paliativos, pois constitui-se como uma medida terapêutica comprovadamente eficaz para os pacientes fora das possibilidades de cura, podendo reduzir o stresse psicológico do paciente e, ainda, permitindo-lhe partilhar o sofrimento (Higginson & Constantini, 2002).

É importante que o profissional transmita uma mensagem de que se importa não apenas com o que o paciente está a dizer, mas também com o que ele está a sentir e a expressar; uma preocupação genuína pelo paciente enquanto ser humano, com sentimentos, emoções e não apenas com um sintoma (Araújo & Silva, 2007).

Seguindo esta linha de cuidado holística e humanizada, torna-se importante promover um relacionamento e conversas que não sejam centradas apenas na temática da doença e da morte, permitindo manter uma certa normalidade na vida apesar da doença, tentando que a mesma interfira o mínimo possível na qualidade de vida. Estudos indicam que os pacientes sob cuidados paliativos valorizam o otimismo e o bom humor nos profissionais de saúde que os acompanham, e que estas características nos cuidadores proporcionam ao paciente uma forma de aliviar a ansiedade, a tensão e a insegurança,

para além de servirem como um mecanismo de *coping* para lidar com questões opressivas (Asted-Kurki & Isola, 2001; Dean & Gregory, 2004).

A intervenção do psicólogo em cuidados paliativos deve ser organizada nos momentos: antes, no momento e após a morte do paciente (Oliveira, Luginger, Bernardo & Brito, 2004).

No que se refere à intervenção antes da morte, é relevante comunicar e informar ao paciente sobre sua doença e respetivos procedimentos de tratamento e medicação, bem como estimular a empatia entre a família para que a expressão de sentimentos e pensamentos possa possibilitar a resolução de problemas não resolvidos, bem como uma despedida mais confortante do paciente (Oliveira et al., 2004). O psicólogo deve, ainda, ter conhecimento de processos de sofrimento antecipatório na família (e.g., experiência da morte de um familiar), com vista a atuar da forma mais adequada perante os sistemas próprios da família, reações das crianças à morte e problemas da doença em geral e em particular neste familiar (Domingues et al., 2013).

Na intervenção no momento da morte, é necessário considerar que o contexto de um paciente com doença terminal traz um cansaço e desgaste muito acentuado, tanto para os familiares, quanto para o próprio paciente (Domingues et al., 2013). Além disso, a proximidade da morte é um momento que envolve muito receio para o paciente e para os familiares (Domingues et al., 2013).

O psicólogo deve orientar a família sobre a importância da sua presença nos momentos finais do paciente, pois pode ser relevante para alguns familiares estarem presentes num momento tão crucial, dada a possibilidade de sentimentos de culpa (Oliveira et al., 2004). É importante também dar liberdade para a família estar sozinha junto ao corpo e poder tocar, falar e sofrer a morte do familiar, pois isso proporciona um sofrimento adequado. É importante a presença de um técnico como o psicólogo no ato da notificação da morte, podendo viabilizar a expressão de sentimentos e a vivência perante o luto (Oliveira et al., 2004). São tarefas imprescindíveis à família permitir o luto, abdicar da memória do falecido, reorganizar papéis intra e interfamiliares (Oliveira et al., 2004), nas quais o acompanhamento e intervenção do psicólogo detêm grande importância, pois o mesmo fornecerá orientações em cada momento e ajudá-los-á na busca pelo equilíbrio.

1.3. Investigação.

No âmbito da saúde é importante que os psicólogos participem em projetos de investigação desenvolvidos pelos Centros de Saúde e Hospitais ou em parceria com

outras instituições (e.g., autarquias, escolas, universidades, organizações comunitárias), bem como estimulem a participação dos outros profissionais de saúde em projetos de investigação relevantes (Trindade, 1999).

Os psicólogos da saúde investigam no âmbito de várias áreas do comportamento relacionado com a saúde e a doença, em todas as etapas vitais e independentemente do contexto social e cultural dos indivíduos (Carvalho Teixeira, 2004a).

Os focos principais da investigação psicológica em saúde são: os fatores e comportamentos que influenciam a saúde e a doença; métodos que fomentem a prática de estilos de vida saudáveis e comportamentos de prevenção da doença; as influências que os fatores psicológicos do indivíduo detêm na sua saúde e vice-versa; confronto com a doença e as suas repercussões a nível psicológico; as influências que os fatores socioeconómicos e o género do indivíduo detêm sobre a sua saúde; as influências da qualidade do apoio social recebido pelo sujeito sobre a sua saúde e doença; o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica em saúde; as influências que os fatores psicológicos detêm sobre a capacidade de adaptação e reabilitação do sujeito em situações de doença crónica (APA, 2004a, 2004b).

Segundo Anton e Mendez (1999) todos estes alvos de investigação, distinguem-se em cinco âmbitos mais abrangentes, nomeadamente: (1) *compreensão da origem e manutenção dos problemas de saúde*, através do estudo acerca dos determinantes comportamentais da doença (e.g., comportamentos de risco, como o tabagismo, consumo excessivo de álcool ou drogas; estratégias de *coping* ineficazes; fraca gestão do stresse); (2) *promoção da saúde e prevenção da doença*, através do estudo e conhecimento dos comportamentos promotores da saúde e dos comportamentos de risco para o desenvolvimento de doenças, bem como o estudo acerca das mudanças comportamentais em saúde e os fatores psicológicos nelas envolvidos; (3) *simplificação do diagnóstico e promoção do tratamento*, através do estudo acerca da ansiedade face a determinados procedimentos clínicos de diagnóstico e/ou de tratamento e acerca dos fatores psicológicos e comportamentais que promovem a adesão e o envolvimento do sujeito nesses procedimentos; (4) *avaliação e tratamento de problemas de saúde*, através do estudo acerca de como os indivíduos experienciam a doença (e.g., como a percebem, que significados lhe atribuem, o que verbalizam) e de que forma é que a perceção dos sujeitos acerca da doença influencia os seus estados emocionais e comportamentais em relação à busca de tratamento, às estratégias de *coping*, ao progresso ou retrocesso da doença, entre outros; (5) *promoção da qualidade do sistema de cuidados de saúde*,

através do estudo acerca da influência que a organização, a atmosfera profissional, as estruturas e os recursos físicos e materiais do sistema de saúde detêm no comportamento dos utentes, na sua relação com os profissionais de saúde e vice-versa, na relação entre os próprios profissionais de saúde e nos níveis de stress ocupacional dos mesmos.

Em Portugal, a investigação em psicologia da saúde prosperou principalmente a partir da década de noventa, no entanto, ao invés de focar problemas relacionados com as áreas prioritárias da saúde em Portugal, a maioria dos estudos têm-se inserido ao nível universitário, os quais nem sempre se associam a necessidades identificadas nos serviços de saúde (Carvalho Teixeira, 2002b).

1.4. Formação.

É desejável que o psicólogo da saúde participe em ações de formação contínua, em especial centrada nos fatores psicológicos associados à sua área de intervenção, adaptando os conteúdos concretos da formação às características e necessidades da comunidade abrangida pela sua intervenção (Trindade, 1999). Posto isto, a formação de psicólogos em saúde pode integrar-se no âmbito de uma formação especializada mais vasta em psicologia da saúde (e.g., modelos psicológicos de saúde e doença, mudança de comportamentos em saúde, papel do psicólogo em equipas multidisciplinares de saúde: questões éticas e profissionais) ou, então, integrar-se numa formação específica de intervenção psicológica em saúde (e.g., treino de competências em aconselhamento psicológico, modelos teóricos de aconselhamento psicológico em saúde) (Trindade & Carvalho, 2000).

Os psicólogos da saúde podem também promover a formação de outros técnicos de saúde, nomeadamente em áreas como: competências de comunicação (e.g., escuta ativa e terapêutica, compreensão e empatia, elucidação de problemas); entrevista centralizada no paciente e nos seus problemas a nível emocional e psicológico; obtenção do consentimento informado; estratégias de resolução de problemas; comunicação de diagnósticos graves e outras informações delicadas; equacionar com o paciente as suas opções de tratamento, considerando as suas intenções e características individuais. Além disso, os psicólogos da saúde devem sensibilizar os outros técnicos da saúde com quem trabalham, para os aspetos psicológicos envolvidos nas diversas áreas que englobam a saúde e a doença (Papadopoulos & Bor, 1998; Corney, 1998; Cocksedge & Ball, 1995; McLeod, 1992).

1.5. Organização e qualidade.

O psicólogo da saúde deve organizar a sua atividade em função da melhoria contínua e da qualidade dos cuidados que presta. Desta forma, Trindade e Carvalho Teixeira (2002) consideraram quatro aspetos fundamentais ligados à prática do psicólogo da saúde. Em primeiro lugar, o seu papel profissional deve estar claramente definido, nomeadamente as suas responsabilidades profissionais nas áreas de avaliação psicológica, intervenção clínica com utentes, atividades de consultadoria, investigação, participação em formação, participação em grupos de trabalho, entre outros.

Um segundo aspeto tem a ver com a organização da sua intervenção, através de um plano de atividades anual, elaborado após a identificação de necessidades e a fixação de metas relevantes e mais urgentes. Não obstante, a delimitação de objetivos deve adaptar-se tendo em conta a disponibilidade dos recursos existentes e o plano deve ser submetido a uma avaliação sistemática dos resultados da sua atividade.

Outro dos aspetos fundamentais é o desenvolvimento profissional contínuo, na medida em que o psicólogo da saúde deve, forçosamente, desenvolver competências específicas e atualizar-se continuamente face às mudanças que ocorrem, a nível técnico e do conhecimento, no seu campo de intervenção.

Por fim, a qualidade dos serviços psicológicos constitui um fator igualmente importante, pois o psicólogo da saúde deve proceder de forma a garantir que os serviços que presta são acessíveis, adequados, contínuos e eficazes (e.g., avaliação da eficiência das suas intervenções, bem como da satisfação dos pacientes que beneficiam das mesmas, avaliação do seu desempenho profissional e o desenvolvimento de recomendações uteis e relevantes para a intervenção em diferentes contextos).

2. Psicologia em Contexto Hospitalar

Vários fatores contribuíram para a entrada do psicólogo no contexto hospitalar, tais como o avanço de psicólogos no mercado devido ao crescimento de faculdades particulares, a ampliação das pesquisas na área hospitalar, o desenvolvimento de estudos científicos que comprovaram que a doença e a hospitalização podem desencadear problemas psicológicos, a desumanização da assistência trazida pela tecnologia, impondo a necessidade de modificação do relacionamento médico-paciente, e admissão, cada vez

mais frequente no hospital geral, de casos que necessitam de auxílio psicológico (Chiattonne, 2000; Waisberg, Veronez, Tavano & Pimentel, 2008).

A atividade psicológica em contexto hospitalar é denominada, no Brasil, de psicologia hospitalar, no entanto, vários autores (Chiattonne, 2000; Sebastiani, 2003; Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002) consideram o termo inadequado, na medida em que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não as atividades desenvolvidas, não contribuindo assim para a identidade do psicólogo como profissional de saúde que atua em hospitais.

A psicologia em contexto hospitalar utiliza um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais provenientes das diferentes disciplinas psicológicas, com o objetivo de fornecer uma melhor assistência aos pacientes no hospital (Rodríguez-Marín, 2003). O psicólogo em contexto hospitalar deve reunir esses conhecimentos e técnicas de forma a aplicá-los de maneira coordenada e sistemática, visando a melhoria da assistência integral do paciente hospitalizado, o restabelecimento do seu estado de saúde e o controle dos sintomas que prejudicam o seu bem-estar (Angerami-Camon, 2010; Rodríguez-Marín, 2003).

Rodríguez-Marín (2003) sintetiza as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha no hospital, nomeadamente: (1) *função de coordenação* (relativa às atividades com os funcionários do hospital); (2) *função de ajuda à adaptação* (em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado); (3) *função de inter-consulta* (onde o psicólogo atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidar com o paciente); (4) *função de enlace* (intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes); (5) *função assistencial direta com o paciente*, e (6) *função de gestão de recursos humanos* (para aprimorar os serviços dos profissionais da instituição).

A psicologia em contexto hospitalar visa também que todos os profissionais de saúde entendam a dor de forma mais humanizada, lidando com a angústia dos pacientes, face à doença e atendendo ao sofrimento, medo e ansiedade dos mesmos (Mosimann & Lustosa, 2011).

De facto, tal como afirma Simonetti (2011), toda a doença apresenta aspetos psicológicos e está repleta de subjetividade. De acordo com este autor, os aspetos psicológicos dizem respeito a todas as manifestações da subjetividade humana perante a doença, nomeadamente os sentimentos, desejos, as verbalizações, os pensamentos e

comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer. Estes aspetos, consoante cada caso, podem aparecer como causa da doença, como desencadeantes do processo patogénico, como agravantes do caso clínico, como fatores de manutenção da doença, ou ainda como consequências da doença (Simonetti, 2011).

A ideia de um aspeto psicológico que atua como causa de uma doença orgânica diz respeito ao campo da psicossomática, o qual tem demonstrado, de forma rigorosa, a influência da mente sobre o corpo, nomeadamente ao verificar as emoções, os conflitos psíquicos e o stresse como responsáveis diretos pelo desenvolvimento de diversas doenças (e.g., úlcera duodenal, hipertensão, artrite, colite ulcerativa, hipertiroidismo, neurodermatite, asma) (Mello Filho & Burd, 2010).

Os fatores psicológicos que atuam como desencadeantes do desenvolvimento de doenças, agem sobre uma vulnerabilidade física pré-existente e podem ser ou não conscientes e reconhecidos pelo sujeito como ligadas ao adoecimento (Simonetti, 2011). Muitas vezes, porém, os fatores psicológicos nada têm a ver com o início da doença; porém, ajudam a piorar o quadro clínico já instalado, ou influem negativamente no tratamento, dificultando-o, classificando-se, nesse caso, como fatores psicológicos agravantes (Simonetti, 2011).

Simonetti (2011) define a doença como uma situação de perdas (perda da saúde, da autonomia, de tempo e dinheiro, entre outras e, por vezes, da própria vida), as quais trazem uma série de consequências subjetivas para o sujeito, nomeadamente os aspetos psicológicos. Não obstante, o mesmo autor sugere que a doença não é feita só de perdas, mas também de alguns ganhos secundários (e.g., mais atenção e cuidados, o direito de não trabalhar, a autocomiseração em alguns casos e até uma desculpa genuína para explicar dificuldades existenciais, profissionais ou amorosas), os quais demonstram como aspetos psicológicos podem atuar como fatores de manutenção do adoecimento.

O foco da psicologia em contexto hospitalar são os aspetos psicológicos na doença, que se encontram no paciente, na família e na equipa de profissionais, tendo como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipa e a angústia geralmente negada dos médicos, e ocupa-se ainda das relações entre os mesmos, procurando facilitar os relacionamentos entre utentes, familiares e técnicos de saúde (Castro & Bornholdt, 2004).

Uma vez que a psicologia em contexto hospitalar tem como foco a subjetividade humana, que é profundamente alterada em função da doença, é função do psicólogo em

contexto hospitalar ouvir o paciente falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, do que deseja, do que quiser falar, dando voz à sua subjetividade, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta (Moretto, 2005).

Uma característica importante da psicologia no contexto hospitalar é o facto de não estabelecer uma meta ideal para o paciente alcançar, pois a direção e fim do sintoma e da doença dependem de muitas variáveis (biológicas, circunstanciais, entre outras), de forma que o psicólogo apenas aciona um processo de elaboração simbólica do adoecimento, ajudando o paciente na vivência da doença, participando como ouvinte privilegiado e não como guia (Simonetti, 2011).

De acordo com o mesmo autor, o objetivo da psicologia em contexto hospitalar fundamenta-se numa posição filosófica muito particular de reposicionar o sujeito em relação à doença; ao contrário da medicina que assenta numa posição filosófica de curar doenças e salvar vidas, a psicologia hospitalar jamais poderia funcionar a partir de uma filosofia de cura, pois propõe-se a lidar com situações em que a cura já não é possível, como doenças crónicas e doenças terminais. Além disto, a psicologia hospitalar também foca a sua intervenção nas marcas deixadas pela doença, mesmo após suprimidos os sintomas e eliminadas as suas causas (e.g., ansiedade, traumas, medos, consequências reais e imaginárias) (Chiattonne, 2000).

Enquanto a psicologia hospitalar se foca na subjetividade, a medicina científica exclui sistematicamente a subjetividade do seu campo epistemológico, idealizando uma abordagem objetiva da doença, negligenciando o facto de que, na prática da clínica médica, a subjetividade está presente em força, nomeadamente na relação médico-paciente, onde emoções, sentimentos, fantasias e desejos – de ambos – não deixam de influir (Moretto, 2005; Mosimann & Lustosa, 2011).

A psicologia em contexto hospitalar interessa-se pela relação que o doente tem com o seu sintoma, isto é, o que o paciente faz com a sua doença e o significado que lhe confere, o que apenas se consegue através da linguagem (Mosimann & Lustosa, 2011). No contexto hospitalar muitos intervenientes dizem ao paciente o que tem de fazer, oferecem conselhos e tentam estimular, no entanto, raramente se encontram, ao contrário do psicólogo, disponíveis e com o desejo de ouvir o que o paciente tem a dizer. De fato, é mesmo muito angustiante ouvir o que uma pessoa doente tem a dizer: são medos, dores, revoltas, fantasias, expetativas que mobilizam muitas emoções no ouvinte (Moretto, 2005). E é aí que entra a especificidade do psicólogo: nenhum outro profissional foi

especificamente treinado para escutar como foi o psicólogo. Enquanto a maioria dos outros profissionais, bem como dos familiares e amigos, por não suportarem ver o paciente angustiado, tentam negar, encobrir ou suprimir a angústia, o psicólogo “sustenta” a angústia do paciente o tempo suficiente para que o mesmo possa falar dela, simbolizá-la e, posteriormente, dissolvê-la (Simonetti, 2011).

Nesta linha, Simonetti (2011) aponta duas técnicas utilizadas pela psicologia hospitalar no sentido de concretizar a sua estratégia de trabalhar a doença no registo simbólico, nomeadamente: (1) *escuta analítica*, reunindo as intervenções básicas da psicologia clínica (e.g., escuta, associação livre, interpretação, análise da transferência), que são familiares para o psicólogo, com diferença apenas ao nível do *setting* – o hospital; e (2) *gestão situacional*, que engloba intervenções direcionadas à situação concreta que se forma em torno da doença (e.g., controlo situacional, gestão de mudanças, análise institucional, mediação de conflitos), as quais são específicas à psicologia hospitalar, divergindo da posição de neutralidade e passividade característica da psicologia clínica.

Alguns investigadores, tal como Chiattonne (2000), consideram que o grande desafio da psicologia hospitalar é a passagem do consultório para a realidade institucional do hospital, na medida em que muitas das experiências malsucedidas neste campo parecem caracterizar-se pela inadequação do psicólogo ao tentar transpor para o hospital o modelo clínico tradicional aprendido, resultando num exercício profissional desastroso, pelo distanciamento da realidade institucional e pela inadequação da assistência.

A psicologia hospitalar enquadra-se num novo paradigma epistemológico que entende e considera o ser humano em toda a sua amplitude, tendo como consequência clínica mais importante a visão de que, em vez de doenças, existem doentes (Perestrello, 1989).

Vários autores (e.g., Chiattonne, 2000; Mosimann & Lustosa, 2011; Simonetti, 2011) referem que, atualmente, com o desenvolvimento tecnológico, o que mais se espera da medicina e da ciência é a sua humanização (pelo que aspetos como a relação médico-paciente, a bioética, a redução dos custos e o acesso à saúde por todos têm sido amplamente destacados), a qual só será possível através do desenvolvimento de relações profícuas entre a ciência e outros ramos do conhecimento, como a psicologia, a espiritualidade, a política, entre outros. De fato, cada cultura tem os seus próprios determinantes sobre a doença (e.g., usos e costumes, mitos, folclores, condições económicas, representações artísticas) e o psicólogo hospitalar deve ter algum

conhecimento desses aspetos quer na sua cultura, quer em culturas diferentes, pois permite-lhe enriquecer as suas estratégias terapêuticas com analogias, referências e ideias para “conversar” com o paciente sobre a sua doença (Chiattonne, 2000). Além disso, é importante que a psicologia hospitalar equacione ainda a dimensão espiritual na doença, na medida em que a fé pode revelar-se tanto um recurso terapêutico, como um obstáculo para a vivência da mesma (Simonetti, 2011).

Em medicina, o diagnóstico é o conhecimento da doença através dos seus sintomas; já na psicologia, neste, contexto, o diagnóstico é o conhecimento da situação subjetiva do paciente na sua relação com a doença e expressa-se não através de rótulos ou nomes de doenças, mas sim através de uma visão panorâmica daquilo que acontece com as pessoas relativamente à doença, através de uma delineação ampla dos processos que influenciam a doença e outros que são por ela influenciados (Mosimann & Lustosa, 2011).

Tudo aquilo que o paciente verbaliza e apresenta (e.g., queixas, relatos, problemas, sintomas, emoções, atuações, defesas, história de vida, projetos, desesperanças, dores físicas e psíquicas) constitui uma vasta quantidade de informação que o psicólogo organiza e analisa, de modo a decidir o melhor percurso no que diz respeito às intervenções terapêuticas (Simonetti, 2011).

A doença é um evento que se instala de forma tão central na vida da pessoa, que tudo passa a girar em torno da mesma. A este nível, Kübler-Ross (1969/2014) propôs um modelo de cinco estágios ou fases pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto e a tragédia, incluindo os pacientes com doenças terminais e/ou crónicas, nomeadamente: negação, revolta, negociação, depressão e aceitação. Não obstante as fases seguirem habitualmente a ordem descrita, a mesma não é fixa e qualquer combinação é possível, podendo haver mudanças de posição ou ainda a fixação numa das fases. Importa referir que estas fases não são específicas para a doença; são as formas habituais que o sujeito dispõe para enfrentar crises, receber más notícias, lidar com mudanças, encarar a morte e, evidentemente, reagir a doenças (Domingues et al, 2013).

A primeira reação face à doença é, geralmente, de choque, seguida de descrença ao confrontar uma realidade cruel e absurda, tornando a negação a única possibilidade imediata para muitas pessoas (Kübler-Ross, 1969/2014). Quando alguém nega a doença, não o está a fazer propositadamente e, muito menos, para irritar a equipa médica ou os familiares, mas sim porque, naquele instante, é o que o paciente pode fazer e, sendo

assim, a negação deve ser respeitada e não confrontada a qualquer custo nem a qualquer hora (Simonetti, 2011).

A negação pode implicar agir como se a doença não existisse, ou então minimizar a sua gravidade e adiar as providências e cuidados necessários (e.g., deixando para amanhã a consulta com o médico, a realização de determinado exame, o início de um tratamento) (Simonetti, 2011). O pensamento na negação é o do tipo onipotente (e.g., “isso não acontece comigo”; “no fim tudo se resolve”), o qual se caracteriza pelo reconhecimento das capacidades e pela negação das incapacidades, repetindo, geralmente, um padrão infantil em que a pessoa pensa que está acima das desgraças da vida e, neste caso, das doenças (Kübler-Ross, 1969/2014).

Durante esta fase, o sujeito costuma experienciar irritação (resultado de uma raiva reprimida) e angústia (um medo sem objetivo pois, na negação, o medo da doença encontra-se reprimido, fazendo com que a angústia seja vaga, indefinida e flutuante) (Domingos et al., 2013). No caso de doenças com muita visibilidade (e.g., doenças de pele, doenças deformantes), a única possibilidade de negação é o isolamento social, adicionando o problema da solidão (Simonetti, 2011).

A negação pode também assumir a forma de omissão, na medida em que muitos pacientes escondem a existência da doença às pessoas mais próximas e significativas, numa tentativa de protegê-las; ou ainda, omitem-na por vergonha, como no caso das doenças sexualmente transmissíveis ou doenças socialmente estigmatizadas (Simonetti, 2011). Estes casos de omissão da doença para com os outros, mas de reconhecimento pessoal da mesma, não são considerados casos de negação verdadeira, no entanto, podem ser prejudiciais para o sujeito pois geram solidão e angústia (Kübler-Ross, Kessler & Shriver, 2014).

A negação também pode ocorrer da parte dos familiares e médicos (e.g., situações em que se questiona se é melhor contar ou não contar ao paciente sobre o seu diagnóstico ou prognóstico), sendo que a questão importante reside na forma como se comunica ao paciente, pois algumas palavras em medicina tornam-se tão carregadas de significados negativos que elas próprias são alvo de negação (e.g., para muitas pessoas a palavra cancro é proibida e associada a mau agouro, referindo-se como “aquela doença”) (Simonetti, 2011).

Importa realçar que a negação é diferente de desconhecimento (e.g., se um paciente não se dá conta da gravidade do seu estado devido, por exemplo, a uma linguagem excessivamente técnica usada pela equipa médica, não quer dizer que esteja

em negação, apenas não reconhece os termos); a negação não se dá por falta de informação e sim por falta de condições psicológicas naquele dado momento (Worden, 2009). A informação pode, no entanto, ser utilizada por pessoas informadas e inteligentes para negar a doença, através da racionalização e supressão das emoções (Simonetti, 2011).

O mesmo autor declara que, também na medicina atual, existe algum viés de negação da angústia envolvida na doença, devido à ênfase na tecnologia em detrimento das relações humanas, sendo que os profissionais da área da saúde resguardam-se de toda a subjetividade aliada à doença através da afetação (i.e., lealdade forçada) à teoria, à ciência e à técnica.

Após a fase de negação segue-se, geralmente, a fase da revolta, onde o paciente contempla a doença e enche-se de revolta, a qual pode ser dirigida para qualquer lado: contra a doença, contra o médico que a comunica, contra a equipa de enfermagem, contra si mesmo, contra a família, contra o mundo ou contra quem aparece por perto (Domingos et al., 2013). Se na negação a frase característica é do tipo “isso não acontece comigo”, na fase da revolta é do tipo “sim, é comigo, e não é justo” (Kübler-Ross, 1969/2014).

A doença é um evento com elevado poder de frustração pois, para além de trazer dor e desprazer, é um evento indesejado e não-planeado que frustra a liberdade, a rotina e o futuro do sujeito, trazendo várias limitações e perdas (e.g., a doença pode comprometer sonhos profissionais e pessoais, seja por incapacidade física ou por consumir o tempo e o dinheiro destinados a outros planos; algumas doenças implicam a perda de autonomia, onde o sujeito não só deixa de conduzir ele próprio a sua vida, como também, em alguns casos, passa a depender concretamente de outras pessoas para coisas básicas como andar, comer, fazer a sua higiene pessoal, entre outras) (Domingos et al, 2013).

Além disso, o trabalho e as ocupações diárias também exercem a sua função de fuga dos problemas pessoais, de modo que, quando a doença os limita, o sujeito pode encontrar-se diante de problemas que gostaria de evitar, o que pode levar tanto à negação, quanto à revolta (Simonetti, 2011).

Um dos mais frequentes exemplos de um paciente em fase de revolta é aquele que, muitas vezes, recebe o rótulo de “paciente difícil”, tão comum nas enfermarias dos hospitais, o que não se refere a um paciente cuja doença exija muito da equipa de saúde a nível técnico, mas sim o paciente que tem problemas de relacionamento (e.g., que está muitas vezes de mau-humor; que não se envolve em conversas com ninguém; que é muito crítico ou sarcástico com os cuidadores, nomeadamente médicos, enfermeiros ou

familiares) (Worden, 2009; Kübler-Ross, Kessler & Shriver, 2014). Estes pacientes acabam por ser evitados pela equipa de uma forma consciente ou inconsciente (e.g., pequenos esquecimento dos horários de medicação, cuidados muito apressados, silêncio temeroso), promovendo o seu isolamento (Simonetti, 2011).

Por outro lado, este tipo de pacientes costuma apresentar grandes melhorias nos seus relacionamentos quando são ouvidos mesmo na sua revolta e mau-humor, havendo reconhecimento dos seus sentimentos e ventilação dos seus medos (Sousa & Carpigiani, 2010). No entanto, é reconhecidamente muito mais difícil lidar com pacientes na fase de revolta do que em negação, pois o comportamento que apresentam é querelante, ruidoso, disruptivo, o que torna difícil, para a equipa, perceber que aquela agressividade que lhe está sendo dirigida nada tem de pessoal (Worden, 2009). O psicólogo, aliado aos seus conhecimentos sobre transferência e *acting out*, deve estar preparado para lidar com um paciente deste género e, ainda, para orientar e dar apoio à equipa (Worden, 2009).

Na fase de revolta, o pensamento típico está relacionado com o tema da injustiça pelo facto de a doença acometer alguém que nunca fez mal a ninguém, realçando-se um modelo moral da doença, onde a mesma é entendida como um castigo divino por determinados pecados, ou um castigo da vida em razão de hábitos pouco saudáveis (Laplantine, 1991).

Nesta fase, as soluções tentadas são do tipo impulsivo, visando a descarga de tensão acumulada em detrimento de acionar tentativas para solucionar qualquer problema (Kübler-Ross, 1969/2014). O psicólogo deve, dentro de um determinado limite, sustentar e apoiar essas soluções pois, mesmo não sendo soluções verdadeiras, ajudam a manter a angústia do paciente num nível suportável (Simonetti, 2011).

De acordo com o mesmo autor, a raiva pode ser considerada positiva, como um sinal de luta pela vida, no entanto, o seu exagero e a sua constância ao longo do tempo, indicam uma tentativa de evitamento por parte do sujeito, ou seja, a raiva perante a doença é normal, até que se torne numa condição quase permanente, indicando que está a funcionar como um mecanismo para evitar a angústia e a tristeza. Neste campo, o trabalho do psicólogo é facilitar a expressão das emoções evitadas, acompanhando o percurso do sujeito desde a raiva à tristeza (ou vice-versa) sem, no entanto, poder induzi-lo (Simonetti, 2011).

Quando o sujeito permanece tempo demais na fase da revolta acaba por desenvolver um padrão de stresse, no qual todo o organismo fica em alerta (e.g., rigidez muscular, respiração acelerada, batimento cardíaco mais acelerado, aumento da

quantidade de adrenalina na corrente sanguínea, dilatação pupilar) (Worden, 2009). O stress é positivo perante um desafio, pois aumenta o desempenho do organismo no processo de luta ou fuga, no entanto, quando é mantido cronicamente, o organismo (tanto o corpo, como a mente) começa a dar sinais de exaustão, com queda do rendimento global e até diminuição das defesas imunológicas do corpo (Sebastiani, 1998).

A revolta também pode assumir a forma de hostilidade contra a instituição (e.g., revolta contra o hospital, contra o plano de saúde, contra o sistema governamental de saúde, contra a própria medicina) e, nestes casos, os pacientes dirigem a raiva contra o sistema às pessoas que o representam e que estão na linha de atendimento nas instituições (e.g., médicos, enfermeiros, auxiliares administrativos) (Domingues et al., 2013).

O terceiro estágio, não tão conhecido quanto os restantes, é o estágio da negociação, que ocorre, normalmente, num curto período de tempo e é mais verificado em pacientes sob tratamento paliativo (Kübler-Ross, 1969/2014). Nesta fase, o sujeito apresenta tentativas de negociação que visam o adiamento do agravamento da doença, muitas vezes promessas feitas com Deus ou ainda associadas a uma culpa interna (e.g., quando a doença está associada a algum comportamento do sujeito, gerando culpa e o desejo de prometer que não repetirá tal comportamento) (Kübler-Ross, Kessler & Shriver, 2014).

Segue-se, geralmente, a fase da depressão, onde o sujeito começa a entregar-se passivamente à sua doença, evidenciando uma atitude derrotista, com desesperança quanto ao futuro e pode mesmo negar-se a qualquer esforço quanto ao tratamento (Domingos et al., 2013). Esta fase caracteriza-se como uma fase de profunda desesperança, onde o sujeito demonstra descrédito face à possibilidade de cura, ou então a cura possível já não detém importância face às perdas que acarreta, podendo chegar a um ponto em que já não há mesmo o medo de um desfecho fatal (Domingos, et al., 2013; Simonetti, 2011). Não obstante, apesar da manifesta indiferença do sujeito (não haver medo da morte, nem vontade de viver) existe grande tristeza e sofrimento (Worden, 2009).

Por fim, o paciente entra no estágio de aceitação, que resulta de uma transformação gradual no comportamento, gerando maior consciencialização e adaptação em relação à doença, passando a contribuir com mais responsabilidade e de maneira mais satisfatória ao tratamento (Kübler-Ross, 1969/2014). Nesta fase, os sentimentos já não são tao intensos, há um certo esvanecer da dor e cessação da luta e o paciente passa a

enfrentar a sua doença e a sua condição de saúde com consciência das possibilidades e das limitações (Kübler-Ross, Kessler & Shriver, 2014; Worden, 2009).

Alcançado o estágio final, não significa que o sujeito não possa voltar a experienciar estágios anteriores, podendo haver oscilação entre os mesmos e, posteriormente, regressar novamente ao estágio da aceitação (Kübler-Ross, 1969/2014).

Uma vez que estes estágios são amplamente verificados em situações de doença grave, crónica e/ou terminal, ocorrem muito frequentemente nos pacientes oncológicos. Como tal e, considerando que os casos acompanhados ao longo do estágio foram, predominantemente, casos de carácter oncológico, o seguinte capítulo aborda o contributo e a ação da psicologia no campo da oncologia e, mais especificamente, na área do cancro da mama, realçando os contributos da presença de um psicólogo e da sua intervenção para os pacientes oncológicos e oncológicos de mama.

3. Psico-Oncologia

A área de estudo da Psico-Oncologia, como o próprio nome indica, surgiu da interface entre a Psicologia e a Oncologia, no sentido de refletir a preocupação relativamente à contribuição que a Psicologia pode proporcionar na prevenção, adaptação emocional e social do indivíduo às várias etapas do tratamento oncológico, bem como na reabilitação e na gestão do paciente em fase terminal (Dias & Durá, 2002; Gimenès, 1994; Trill, 2003).

De facto, vários são os estudos sobre os fatores psicossociais no aparecimento e favorecimento do cancro: fatores comportamentais; stresse; acontecimentos de vida; estilos de *coping* (e.g., estratégias de *coping* de descomprometimento e de evitamento podem estar relacionadas com um maior risco de cancro); depressão; personalidade (e.g., Eysenck (1990) descreveu uma personalidade com tendência para o cancro e sugeriu que é uma característica dos indivíduos que reagem ao stresse com desespero e sentimento de incapacidade e que reprimem as reações emocionais aos acontecimentos de vida) (Dias & Durá, 2002; Trill, 2003).

Já no que concerne às consequências psicológicas do cancro, estudos indicam que até cerca de 20% dos doentes com cancro podem apresentar depressão grave, luto, falta de controlo, mudanças de personalidade, fúria e ansiedade (Carvalho Teixeira, 2002a).

De facto, se a concretização dos tratamentos médicos causa tantas reações adversas nos organismos dos doentes oncológicos, é fácil imaginar o que se passa no

mundo psicológico destes pacientes. Alterações profundas na qualidade de vida têm sido referidas em conjunto com diminuições da autoestima e no autoconceito, conjugadas com aumentos de ansiedade e depressão (Gimenes, 1994; Ribeiro, 2002).

Sendo inegável a experiência de um sentimento de angústia face à comunicação de um diagnóstico de doença grave, torna-se evidente a imprescindibilidade da presença de um psicólogo nestas situações. A ameaça de um diagnóstico de doença grave é caracterizada por um número de fatores, incluindo a ameaça à identidade pessoal (uma vez que o indivíduo pode abandonar o seu estatuto de capaz e autónomo para se tornar um paciente, dependente dos outros), a ameaça aos planos futuros, a ameaça de afastamento da habitação e da rede de apoio habitual e ainda a ameaça futura da experiência de dor e de procedimentos médicos desconhecidos (Moos & Schaefer, 1984). A ameaça é tanto maior quando o futuro é desconhecido, o indivíduo tem poucos conhecimentos sobre a doença e o seu aparecimento é súbito (Bennett, 2000).

Considerando estes fatores, a intervenção de um psicólogo torna-se essencial pois são poucos os profissionais de saúde que recebem treino em estratégias específicas que os possam ajudar a dar más notícias de modo a facilitar a adaptação psicológica. As más notícias devem ser dadas gradualmente, permitindo ao paciente tomar, progressivamente, consciência do seu estado e controlar a velocidade com que a informação é fornecida e, embora deva ser dada oportunidade aos pacientes para discutirem o seu estado, estes nunca devem ser forçados a este confronto se mostrarem que não o desejam (Bennett, 2000). Uma vez fornecida a informação, é crucial que seja dado apoio aos pacientes para a assimilarem.

É importante ressaltar que o processo de dar más notícias detém uma exigência emocional significativa nos profissionais de saúde envolvidos, pelo que é importante que estes tenham acesso a uma rede de apoio, caso venham a necessitar dela (Bennett, 2000).

A intervenção psicológica na patologia oncológica detém um carácter preventivo na medida em que, perante a vivência de uma doença grave, a probabilidade de desajustamento psicológico aumenta exponencialmente (Carvalho Teixeira, 2002a). Não obstante, esta intervenção também apresenta uma vertente de aconselhamento e informativa, que procura incentivar a manutenção de um estilo de vida com o máximo de ajustamento a nível individual, familiar, social e profissional (quando possível conciliar), às etapas de tratamento da doença (Gatchel & Oordt, 2003).

O apoio psicológico facilita a adoção de comportamentos e atitudes que permitam lidar de forma mais eficaz com o cancro, proporcionando suporte emocional, instrumental

e informacional e promovendo uma melhor qualidade de vida, o bem-estar familiar e um melhor prognóstico da doença (Gatchel & Oordt, 2003).

A consulta de psicologia acompanha o doente ao nível de todos os estádios da doença oncológica, desde o diagnóstico, ao internamento e restantes tratamentos, envolvendo a articulação e/ou encaminhamento para consultas das várias especialidades, sem descurar também a disponibilidade para o apoio a nível da rede familiar, uma vez que os membros familiares mais significativos também tendem a evidenciar sinais de sofrimento psicológico (Bennet, 2000; Gatchel & Oordt, 2003), muitas vezes manifestações psíquicas e comportamentais análogas às do paciente (e.g., medo, ansiedade, impotência, fracasso, frustração, desamparo, insegurança, raiva, sentimento de invulnerabilidade), as quais podem desencadear uma intensa desestruturação familiar e sofrimento causado pela angústia que atinge a todos (Hart, 2008).

Cada fase (diagnóstico, intervenção cirúrgica, tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia e outros tratamentos adjuvantes) tem as suas particularidades e remete para a vivência de receios, dúvidas e angústias diferentes (Dias & Durá, 2002; Trill, 2003). Por esta razão, o acompanhamento do paciente implica um apoio prolongado no tempo, que em média dura cerca de 1 a 2 anos. Já a periodicidade depende do sentir de cada paciente e da maior ou menor receptividade que apresenta para verbalizar os seus sentimentos e receios, mas de uma maneira geral varia entre um seguimento quinzenal e mensal.

No que concerne à alta do paciente, esta acontece geralmente alguns meses depois do último tratamento, numa fase em que o paciente aprende a lidar com o “fantasma” da recidiva pois este tipo de doença remete persistentemente o indivíduo a pensar na eventualidade de não conseguir curar-se e, conseqüentemente, para a questão da morte (Dias & Durá, 2002; Trill, 2003).

Considerando que os casos acompanhados ao longo do estágio tiveram uma predominância de casos de cancro da mama, segue-se uma abordagem a este importante campo da psico-oncologia, onde são realçados dados epidemiológicos da doença, assim como os contributos da intervenção psicológica junto destes pacientes.

3.1. Cancro da mama.

O cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente na mulher em todo o mundo. Estima-se que os casos de cancro da mama têm vindo a aumentar, segundo dados recentes da *International Agency for Research on Cancer*, da Organização Mundial de Saúde (Ferlay et al., 2010), tendo sido diagnosticados cerca de 1.38 milhões de novos

casos em todo o mundo, o que corresponde a uma percentagem de 23% da globalidade dos cancros que atingem as mulheres. Em Portugal a incidência do cancro da mama também é considerável, tendo atingido cerca de 5333 novos casos no ano de 2008, correspondentes a uma percentagem de 27.7% de todos os cancros.

Não obstante estes dados, as taxas de mortalidade são bastante inferiores, tendo sido registadas cerca de 458000 mortes a nível mundial e 1537 a nível nacional (Ferlay et al., 2010). Estes valores espelham um desenvolvimento acentuado de diversas técnicas terapêuticas ao longo das últimas décadas, nomeadamente ao nível das intervenções cirúrgicas e dos tratamentos adjuvantes, bem como nas técnicas de diagnóstico precoce da doença (Cruz, 2011; Moreira & Canavarro, 2012).

Verificado um aumento considerável das taxas de sobrevivência, a doença oncológica, em geral, e o cancro da mama, em particular, deixou de ser considerado uma doença inevitavelmente fatal, passando a ser concetualizada como uma doença crónica (Pimentel, 2006). Deste modo, o prolongamento da vida e a concetualização do cancro como doença crónica tornam fundamental o estudo, a correta avaliação e a promoção da qualidade de vida do doente ao longo de todo o percurso da doença (Kornblith, 1998; Pais-Ribeiro, 2002; Ribeiro, 1994; Ribeiro, 2002).

A mastectomia foi, durante décadas, o procedimento cirúrgico dominante, desenvolvido no ano de 1882 por William Stewart Halsted e, mais tarde, conhecido por mastectomia radical. Esta cirurgia implicava a remoção total da mama, bem como dos músculos peitorais, pele e gânglios linfáticos axilares e a sua percentagem de sucesso era considerada, na altura, bastante elevada (Turkington & Krag, 2005). Não obstante o sucesso terapêutico desta intervenção cirúrgica na altura, a mastectomia radical era uma operação muito extensa e estava associada a um elevado risco de linfedema (i.e., processo inflamatório de algum órgão do corpo, decorrente da perturbação ou obstrução na circulação linfática) e a vários outros efeitos secundários, como a deformação do peito e do ombro (Turkington & Krag, 2005). Além disto, considerava-se que a remoção da mama era um fator suficientemente explicativo da perturbação emocional sentida pelas doentes (Yurek, Farrar, & Anderson, 2000).

Estes fatores, aliados ao crescente estudo sobre a qualidade de vida do doente oncológico, fomentaram o desenvolvimento de outras técnicas cirúrgicas, nomeadamente a cirurgia conservadora (i.e., excisão do tumor e de uma menor quantidade de tecido saudável circundante) seguida de radioterapia (Moreira & Canavarro, 2012; Ribeiro, 2002).

No entanto, a maioria dos estudos não tem verificado uma associação consistente entre a cirurgia conservadora e melhores resultados de adaptação (Moreira & Canavarro, 2012). O único resultado robusto diz respeito à imagem corporal da mulher, pois a preservação da mama parece proporcionar uma imagem corporal mais positiva (Moreira & Canavarro, 2010). Este resultado detém grande importância, tendo em conta a influência que a própria imagem corporal tem noutras áreas de adaptação, nomeadamente no funcionamento psicológico, conjugal, social e mesmo físico da mulher (Moyer, 1997; Pruzinski & Cash, 2002).

Deste modo, a mastectomia implica uma profunda alteração da imagem corporal devido à amputação da mama, porém, a cirurgia conservadora implica radioterapia, o que pressupõe um tratamento mais dilatado no tempo, bem como um conjunto de efeitos secundários e um possível maior medo de reincidência da doença (Moreira & Canavarro, 2012). Os efeitos adversos de cada cirurgia parecem, assim, conduzir a resultados adaptativos muito semelhantes.

Por conseguinte, não é possível determinar qual o tipo de cirurgia que poderá promover uma melhor adaptação psicossocial, ainda que seja possível afirmar que a conservação da mama promove, efetivamente, uma imagem corporal mais positiva.

Uma vez que as percentagens de sobrevivência são muito semelhantes entre cirurgias, a escolha adequada deve ser individualizada e ponderada face a diversos fatores, tais como aspetos clínicos (e.g., tamanho do tumor), mas também a preferência da própria doente (Moreira & Canavarro, 2012). Algumas mulheres podem optar por conservar a mama, através da cirurgia conservadora, e submeter-se à radioterapia; outras mulheres podem preferir a mastectomia, evitando submeter-se à radioterapia e aos seus efeitos secundários e contornando o medo de uma recidiva, visto não ter sido retirado todo o tecido mamário (e.g. Curran et al., 1998; Schain, D'Angelo, Dunn, Lichter, & Pierce, 1994).

Deste modo, considera-se fundamental incluir a doente no processo de tomada de decisão terapêutica (Moyer, 1997), a qual resulta, efetivamente, da conjugação de elementos que existem no contexto local, dos dados científicos disponíveis e da experiência e vivência passada dos médicos e pacientes (Moreira & Canavarro, 2012).

A investigação nesta área tem evidenciado que a maioria das pacientes deseja colaborar com a equipa de saúde face ao processo de tomada de decisão relativamente à sua situação clínica (Degner et al., 1997; Keating, Guadagnoli, Landrum, Borbas, & Weeks, 2002). Além disso, as pacientes que participam no processo de tomada de decisão

juntamente com a equipa de saúde, têm evidenciado menores níveis de ansiedade e depressão e maior otimismo face ao futuro, bem como um melhor ajustamento e funcionamento físico e psicológico em geral (Moyer & Salovey, 1996).

Posto isto, sempre que possível, a paciente deve participar no processo de tomada de decisão, devendo ser informada de todos os aspetos essenciais para que a sua decisão seja informada e ponderada. Mesmo quando a doente prefere adotar um papel mais passivo neste processo, é fundamental que a equipa médica forneça informação suficiente e adequada sobre as diferentes possibilidades terapêuticas (Moreira & Canavarro, 2012).

Atualmente todo o processo de decisão terapêutica do cancro da mama está centrado nos doentes. Administra-se um conjunto de modalidades terapêuticas com o objetivo de erradicar o tumor, permitindo uma melhor qualidade de vida. A decisão terapêutica é da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, visando obter os melhores resultados dos clínicos e podendo optar-se pela cirurgia, pela radioterapia e/ou pela quimioterapia (Monsanto, Lança, Sá, Coelho & Carolino, 2013).

Estudos demonstraram ainda que a qualidade da relação estabelecida entre o paciente e a equipa de profissionais de saúde também se afigura como um fator que poderá influenciar positivamente a qualidade de vida do mesmo, nomeadamente num aumento do funcionamento emocional e autoestima (Monsanto et al., 2013).

A etapa do diagnóstico é o momento em que as mulheres entram em contacto com a situação objetiva e concreta de ter cancro da mama. Segundo Parkes (1998), a reação traumática é uma das primeiras fases de luto pela morte de uma pessoa querida ou pela perda de um órgão do corpo, a qual consiste numa reação de alarme, raiva, culpa e stresse pós-traumático.

Para além do impacto emocional vivenciado diante da situação do diagnóstico, o vislumbre da morte é outro aspeto muito evidente. De facto, estudos na área da Psico-Oncologia salientam o aparecimento de pensamentos intrusivos como uma ocorrência comum nestes pacientes, nomeadamente o vislumbre da morte, bem como outros sentimentos disfóricos, tais como tristeza, insegurança, temor relacionado ao futuro e ao desconhecido (receio do tratamento, incertezas ligadas às possibilidades de cura, perspectiva de conviver com a mutilação e as suas repercussões sobre a vida sexual e o relacionamento conjugal), bem como receio de um possível desamparo dos filhos (Dias & Durá, 2002; Rossi & Santos, 2003).

Concomitantemente, as pacientes parecem manifestar expectativas de cura e esperança no sucesso dos procedimentos terapêuticos, contrapondo os sentimentos de

impotência e desespero, podendo originar alguma ambivalência emocional (Dias & Durá, 2002; Rossi & Santos, 2003).

Face a todo este contexto, a fase de comunicação do diagnóstico torna-se um momento de fundamental importância para que seja estabelecida uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a paciente (Ogden, 2012). A disponibilidade e o apoio da equipa de profissionais tendem a diminuir essencialmente a ansiedade do paciente, melhorando a sua condição emocional e bem-estar psicológico (Gimenes, 1988; Ogden, 2012). Além disto, a comunicação e informação no campo da saúde podem influenciar significativamente a avaliação que os sujeitos fazem da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão terapêutica (Ogden, 2012; Carvalho Teixeira, 2004b). O stresse sentido pelo paciente pode ser influenciado positivamente pela transmissão de informação adequada às suas necessidades, influenciando também a forma como irá confrontar os seus sintomas e se irá relacionar com os diversos técnicos de saúde (Ogden, 2012; Carvalho Teixeira, 2004b).

Na fase de tratamento, os efeitos secundários estão associados de forma negativa à autoimagem das pacientes e à dimensão sexual das mesmas (e.g., náuseas, vômitos, amenorreia passageira, variações de humor, secura vaginal, maior propensão ao desenvolvimento de infeções, anemia, alopecia, aumento do peso) (Bertero, 2002; Marques, 1994; Parker, Baile, Moor & Cohen, 2003).

Na fase do pós-tratamento, aparecem as repercussões no plano afetivo-sexual e também as dificuldades de adaptação à nova situação de vida, com limitações físicas e restrições, bem como sentimentos de inferioridade e mutilação, medo de rejeição e vergonha (Thors et al., 2001; Shell, 2000; Wanderley, 1994).

Desta forma, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados e demonstrem capacidade para lidar com as distintas reações emocionais apresentadas pelas pacientes nas diferentes fases do tratamento (Gimenes, 1988). É essencial conjugar os recursos tecnológicos com a compreensão da personalidade do paciente e das suas reações, promovendo um atendimento mais humano para o paciente (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012; Zen & Brustcher, 1986). Logicamente, a intervenção dos serviços de acompanhamento psicológico assume aqui um papel de extrema importância que contribui, efetivamente, para a redução do impacto da doença no paciente e na condução ao surgimento de uma resposta emocional equilibrada (Patrão, 2007).

Além disto, a intervenção psicológica neste contexto tem-se focado no encorajamento da expressão das emoções negativas, pois a repressão/supressão das emoções negativas nestes pacientes é há muito considerada prejudicial para os mesmos, levando a um *coping* desajustado, progressão de sintomas e baixa qualidade de vida em geral (Bennett, 2000; Lieberman & Goldstein, 2006; Ribeiro, 2002). É igualmente importante promover as estratégias de *coping* eficazes (e.g., o espírito de luta), mediar o suporte social benéfico e adequado às necessidades do paciente, bem como aplicar recursos pessoais válidos e já utilizados em acontecimentos de vida passados (Bennett, 2000; Patrão, Leal & Maroco, 2012).

Portanto, conhecer os fatores que facilitam ou interferem na adaptação psicológica ao diagnóstico de uma doença oncológica é extremamente importante, na medida em que pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes (Francisco, Carvalho & Batista, 2008).

Posto isto, o psicólogo afigura-se como um membro imprescindível da equipa de profissionais de saúde e a sua intervenção não deve ser descurada, mas sim estimulada e reconhecida, pois não só possibilita e promove ao paciente uma adaptação ajustada e não-patológica à doença, como ainda contribui para uma melhor adesão ao tratamento, maior bem-estar geral, melhor prognóstico e melhor relação com a equipa de saúde.

II. Atividades em Contexto de Estágio

A descrição das funções e atividades desenvolvidas em contexto de estágio será melhor compreendida na descrição separada por valência.

Assim, no Serviço de Neurocirurgia, enquanto psicóloga estagiária e acompanhada pela psicóloga orientadora, fiz parte de uma equipa multidisciplinar que integra os neurocirurgiões, assistente social, dietista, a equipa de enfermagem, entre outros. As nossas funções englobaram o apoio psicológico aos pacientes internados e/ou aos seus familiares, bem como a promoção do bom funcionamento da própria equipa, nomeadamente no que concerne às necessidades/dificuldades encontradas na interação com o paciente. As visitas ao internamento eram realizadas semanalmente, nas quais eram avaliados os novos casos e os progressos ou retrocessos dos pacientes internados, bem como as eventuais necessidades de apoio social, psicológico, nutricional ou outro. Toda a equipa multidisciplinar participava nestas visitas.

No Serviço de Ginecologia/Patologia Mamária, participei nas Consultas de Decisão Terapêutica, numa abordagem também multidisciplinar, que engloba especialistas em Ginecologia, Cirurgia Geral, Anatomia Patológica, Medicina Fisiatria e Reabilitação, Quimioterapia e Radioterapia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. Especificamente, no que concerne à função do psicólogo, podemos referir que é uma função muitas vezes de “primeiros socorros”/intervenção em crise perante o conhecimento, por parte do paciente, de um diagnóstico menos positivo. Posteriormente, o seguimento em consulta individual dependia da necessidade/recetividade de cada paciente. Além do apoio ao paciente, tínhamos ainda a função de mediar e auxiliar na comunicação entre profissionais e entre os profissionais e o doente/familiares.

Ainda no Serviço de Ginecologia, uma das nossas funções era o apoio ao internamento, em estreita colaboração com a equipa de enfermagem. Tendo em conta que a especialidade de Ginecologia trata de doenças do sistema reprodutor feminino, é neste âmbito que surgiam as necessidades de apoio psicológico em situações de doença oncológica, interrupção voluntária de gravidez (no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia), entre outras situações. A intervenção que começava no internamento poderia também continuar num contexto de consulta individual.

Como verificado, tanto no Serviço de Neurocirurgia como no Serviço de Ginecologia e de Ginecologia/Obstetrícia foi dado apoio aos doentes internados. Esta intervenção revestia-se de um carácter específico, com vicissitudes e desafios que não se

colocavam no âmbito de uma consulta individual, nomeadamente ao nível da privacidade do doente, bem como para o tipo de abordagem que tínhamos na qualidade de psicólogas. Tínhamos o cuidado de não transmitir ao paciente uma abordagem intrusiva, mas pautada por uma proximidade e abertura diferente daquela com que outros profissionais o abordavam.

Em geral, as problemáticas mais frequentes, nestas várias valências, são as perturbações mentais devido a uma condição médica geral (e.g., doença oncológica), as perturbações de ansiedade e as perturbações do humor. A estas associam-se, quase sempre, a dificuldades na dinâmica familiar e relações interpessoais.

A dinâmica da consulta de psicologia varia conforme os serviços. Relativamente ao trabalho desenvolvido na Consulta Externa e no Serviço de Reabilitação, a dinâmica da consulta de psicologia é semelhante à praticada nos Centros de Saúde, quer ao nível do trabalho desenvolvido, quer em relação ao *setting*, ou seja, um trabalho de avaliação e intervenção psicológica que ocorre num gabinete, com data, hora e duração previamente estabelecidas.

Por sua vez, nos internamentos, a intervenção do psicólogo é solicitada pela equipa médica ou de enfermagem e o *setting* é determinado consoante as limitações, preferências e predisposições do paciente. Não raras vezes a consulta é feita junto à cama do paciente, na ala de convívio ou até mesmo no corredor pois a maioria dos quartos são múltiplos, os pacientes estão, muitas vezes, limitados na sua mobilidade e verificam-se constantes entradas e saídas dos quartos (quer sejam doentes, visitas ou profissionais no exercício das suas funções). Desta forma, há muito pouco controlo do *setting*, da hora e da duração da consulta. Concomitantemente, a duração da intervenção é pouco previsível e muito variável. Existem intervenções circunscritas ao tempo de internamento, outras que têm continuidade após o internamento (na consulta externa), e intervenções que se iniciam com o doente e que, após a sua morte, se prolongam com os seus familiares.

Durante o período de estágio foi-me possível acompanhar um total de 460 pacientes, sendo 32 do sexo masculino e 428 do sexo feminino, com uma idade média de 50.1 anos ($DP = 14.8$). A maioria destes casos foi acompanhada no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Quanto aos serviços verificou-se que a maioria dos casos pertencia ao serviço de Ginecologia e Ginecologia/Obstetrícia, seguido do serviço de Psiquiatria/Psicologia e do serviço de Neurocirurgia. No que concerne ao tipo de consulta verificou-se que um maior número de clientes adveio da consulta de Decisão Terapêutica, seguido da consulta

Externa, consulta de Internamento e, por fim, consulta de Psiquiatria. Estes dados estão caracterizados na Tabela 1.

Verificou-se uma grande prevalência de pacientes do sexo feminino, nomeadamente 93.2% dos casos, dado que a predominância dos casos advinha dos Serviços de Ginecologia e de Ginecologia/Obstetrícia.

Tabela 1. *Caracterização dos casos.*

	Total de Casos (n = 460)	
	<i>M</i>	<i>(DP)</i>
Idade	50.1	14.8
	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Sexo:		
Masculino	32	6.8
Feminino	428	93.2
Hospital:		
Dr. Nélio Mendonça	427	92.8
Marmeleiros	33	7.2
Serviço:		
Psiquiatria/Psicologia	67	14.6
Neurocirurgia	44	9.5
Ginecologia e Ginecologia/Obstetrícia	349	75.9
Tipo de Consulta:		
Externa	132	28.7
Psiquiatria	33	7.2
Decisão Terapêutica	185	40.2
Internamento	110	23.9

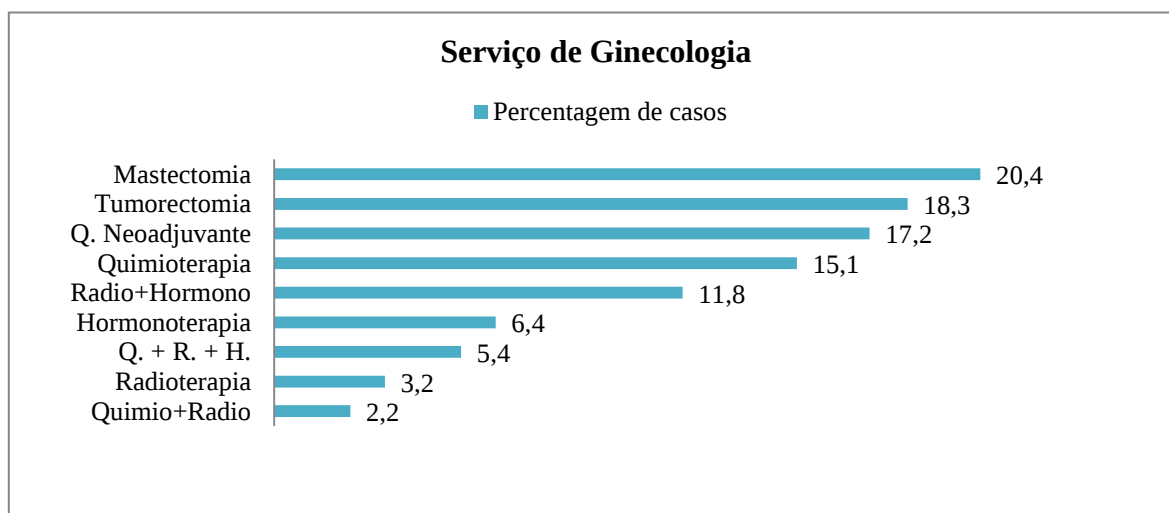
A descrição das principais problemáticas diagnósticas e interventivas encontradas no decurso do estágio será realizada separada consoante cada serviço, nomeadamente o Serviço de Ginecologia, de Ginecologia/Obstetrícia e de Neurologia, onde serão descritos os principais diagnósticos e tratamentos dos casos acompanhados, bem como as

principais problemáticas encontradas e intervenções realizadas, pareadas com reflexões e fundamentação teórica.

1. Serviço de Ginecologia

No que concerne ao Serviço de Ginecologia, todos os casos acompanhados foram casos de patologia mamária, a maioria dos quais apresentava uma natureza oncológica. Como tal, os tratamentos médicos aplicados também se enquadraram neste campo. Assim, o tratamento mais verificado nos casos acompanhados no Serviço de Ginecologia foi a mastectomia, seguido pela tumorectomia, a quimioterapia neoadjuvante, a quimioterapia, a combinação de radioterapia com hormonoterapia, a hormonoterapia, a combinação de quimioterapia com radioterapia e com hormonoterapia, a radioterapia e, por fim, a combinação de quimioterapia com radioterapia. Estes dados estão ilustrados na Figura 1.

Figura 1. *Tratamentos dos casos acompanhados no Serviço de Ginecologia.*



Neste Serviço, participámos na Consulta de Decisão Terapêutica (CDT). Esta consulta, que engloba uma multidisciplinaridade de especialistas, torna possível uma abordagem correta dos pacientes com patologia oncológica, permitindo discutir todos os aspetos epidemiológicos, efetuar o diagnóstico e implementar as melhores opções terapêuticas. Fazem parte desta consulta várias especialidades, já referidas anteriormente. Concomitantemente, é determinada nesta consulta a responsabilidade pelo seguimento,

reabilitação e reinserção social, bem como o acompanhamento psicológico de todos os casos.

O apoio do psicólogo à CDT passa por uma avaliação do risco psicológico dos pacientes, no sentido de efetuar uma triagem daqueles que, de imediato, reúnem indícios de sofrimento psicológico ou condições de vida que agravem a vivência traumática do diagnóstico, cirurgia e tratamentos adjuvantes. Nesta avaliação considerávamos vários fatores tais como a idade, o tipo de cirurgia, a existência de filhos menores, a qualidade do suporte familiar, o grau de aceitação da decisão terapêutica, a presença de antecedentes psiquiátricos ou de fragilidade psicológica, entre outros.

Considerávamos ainda o impacto da patologia em termos de género pois, sendo a patologia mamária uma doença que se manifesta muito significativamente na população feminina, era importante avaliar fatores específicos como o investimento da paciente na sua feminilidade; a idade (e.g., se é muito jovem; se se encontra em idade reprodutora; se já teve filhos; se tem filhos pequenos); o investimento em si (e.g., se é evidente uma preocupação pela sua apresentação exterior e pela sua imagem corporal); a relação com a mama (e.g., se é uma parte muito valorizada; se está a amamentar; se não tinha uma boa relação – por exemplo, achar ter mama muito grande ou muito pequena) (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001; Haber, 2000; Thors, Broeckel & Jacobsen, 2001).

Outros fatores, menos especificamente ligados ao género, eram também considerados e avaliados por nós nesta consulta, nomeadamente o estado civil; o enquadramento familiar (e.g., se vive só; se tem alguém a seu cuidado; se convive ou conviveu com doentes oncológicos; se atualmente existem outras preocupações com familiares importantes); a qualidade do suporte sociofamiliar (e.g., se existem filhos ou companheiro que tenham disponibilidade para os acompanhar neste processo; se tem um círculo de amigos e/ou familiares com quem convive habitualmente); traços de personalidade importantes que podem atenuar ou agravar a vivência da doença (e.g., se aparenta ser muito dependente dos outros para se tratar; se apresenta baixa autoestima; se reage à doença com negação ou com “fatalismo”; se se demite completamente de fazer algo por si).

A avaliação destes aspetos era essencial para que se pudesse adequar e adaptar a comunicação do diagnóstico e o processo de tratamento às características do paciente, assim como tentar uniformizar a intervenção dos diferentes técnicos.

A par disto, a nossa intervenção junto de pacientes de patologia mamária visava, sempre que possível, promover a participação do paciente no processo de tomada de

decisão terapêutica, informando-o acerca de todos os aspetos essenciais sobre a sua condição e sobre os tratamentos e diferentes possibilidades terapêuticas.

Neste Serviço, o psicólogo tinha acesso ao diagnóstico e estava presente aquando a comunicação da “má notícia” ao paciente. Tínhamos alguns critérios que nos colocavam mais alerta, nomeadamente: a natureza e características do diagnóstico; o tratamento que iria ser proposto; a idade do doente; antecedentes de episódios oncológicos; o doente encontrar-se sozinho; e muitas das vezes o próprio olhar, postura e comportamento não-verbal que o doente exibia face ao médico e ao conhecimento do diagnóstico. A nossa atuação consistia em, após a comunicação do diagnóstico e terminadas as formalidades médicas, dirigir-se ao paciente e acompanhá-lo até um ambiente mais calmo, onde lhe era oferecido o primeiro apoio e, *a posteriori*, ficava a “porta aberta” para que, se necessitasse de apoio psicológico, pudesse recorrer aos serviços de psicologia, pois eram fornecidos todos os contactos necessários, incluindo o nome do psicólogo. Algumas das vezes os próprios doentes pediam, na hora, uma consulta durante o processo e, muitas das vezes, ao consultar o suporte informático era possível efetuar uma marcação no mesmo instante.

Um dos fatores extremamente importantes da nossa intervenção com os pacientes tinha a ver com a qualidade da relação estabelecida com os mesmos e, também, da relação que era estabelecida com a restante equipa técnica. Este foi um dos fatores ao qual dedicámos grande importância, pois estudos indicam que a qualidade das relações estabelecidas entre o paciente e a equipa de profissionais de saúde poderá influenciar positivamente a sua qualidade de vida (Monsanto et al., 2013).

Neste sentido, durante o estágio, a relação entre os membros da equipa multidisciplinar apresentava algumas divergências e a postura do psicólogo era, muitas vezes, de amenizar o ambiente entre a equipa na discussão de casos. No que diz respeito à relação paciente-médico ou outro técnico presente, era, geralmente, cordial e de apoio. No entanto, os pacientes eram, por vezes, confrontados com uma postura e um tratamento apressado e muito breve por parte do médico, dada a abundância de doentes em espera. Esta era uma das críticas muito abordadas entre os técnicos de psicologia, de nutrição e de serviço social. De certa forma, ainda se sentia uma rigidez na relação entre médico e psicólogo e, como tal, cabia-nos a nós quebrar essas barreiras e mostrar que estávamos na equipa a fim de ajudar o doente e não de se sobrepor ao médico.

De uma forma geral, os doentes depositavam quase “a sua vida” no médico, confiando plenamente nas suas decisões, mesmo estando desinformados e com muito

pouco conhecimento acerca do tratamento a que iriam ser submetidos. Nestes casos, o psicólogo intervinha no sentido de estabelecer a ponte entre a linguagem técnica do médico e a compreensão do paciente, assegurando todos os esclarecimentos necessários para que detivesse uma real compreensão do seu caso e dos tratamentos que se seguiam.

Muitas vezes, o ambiente em que se dava a notícia do diagnóstico não era o mais apropriado, pois exigia alguma rapidez na transição entre um doente que tinha recebido a notícia para o próximo que entrava para saber o seu diagnóstico. De qualquer forma, tudo se fazia para que cada paciente se sentisse apoiado e reconfortado, pois a etapa do diagnóstico era o momento em que os pacientes entravam em contacto com a situação objetiva e concreta da sua doença, e exibiam, geralmente, uma reação traumática.

Assim, na fase de comunicação do diagnóstico era essencial estabelecer, à partida, uma relação de confiança com o paciente, mostrando disponibilidade e apoio, procurando diminuir a ansiedade sentida pelo paciente naquele momento.

A comunicação do diagnóstico era feita pelo médico-chefe do serviço numa sala de tratamentos. Quando necessária a intervenção do psicólogo, recorríamos a uma sala isolada onde eram recebidos o paciente e familiares, se estivessem presentes e, calmamente, era feita uma primeira abordagem onde disponibilizávamos o acesso ao apoio psicológico e a nossa disponibilidade sempre que o paciente e os familiares assim precisassem. Procurávamos adotar uma postura empática, recetiva e confiável, visando tranquilizar de alguma forma o paciente e familiares na sua angústia. Os encontros seguintes realizavam-se, normalmente, no internamento ou nas consultas externas através da marcação prévia da consulta.

Na fase de tratamento, a nossa atuação visava a prevenção do sofrimento psicológico face à vivência da doença e dos efeitos secundários dos tratamentos, oferecendo um apoio contínuo e regularmente presente, procurando atender às mais variadas necessidades expressas pelos pacientes, quer fossem apenas de companhia, quer fossem de troca de conversas, desabafos, expressão de sentimentos, procurando transmitir uma sensação de conforto e preocupação genuína para com as suas emoções e o seu sofrimento. Procurávamos encorajar a expressão das emoções negativas, evitando que os pacientes as reprimissem e prejudicassem o seu bem-estar psíquico. Promovíamos ainda o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes junto dos mesmos, como o espírito de luta, ajudando-os a enfrentar a doença e o tratamento com mais otimismo e maior força interior. A mediação do apoio familiar ao paciente era outro dos nossos focos, bem

como a ativação dos recursos pessoais de cada paciente para lidar com a sua situação da forma mais adequada.

Na fase do pós-tratamento, o nosso trabalho focava-se novamente no atendimento às necessidades de cada paciente em particular, sendo que, em geral, as repercussões da doença e do tratamento na vida do sujeito detinham grande atenção da nossa parte, nomeadamente as dificuldades de adaptação à nova situação de vida, com limitações físicas e restrições, os sentimentos de inferioridade e mutilação e o medo da recidiva da doença.

Na nossa intervenção, dávamos grande importância a fornecer um atendimento humanizado aos pacientes, respeitando a sua dignidade enquanto pessoas, o seu livre arbítrio, a sua individualidade e autonomia na tomada de decisões relativamente a eles próprios. Este atendimento humanizado só foi possível através da nossa presença ativa e constante e da disponibilidade para com os pacientes e as suas necessidades, revelando uma postura de cuidado e atenção. A comunicação verbal e não-verbal com os pacientes focou-se na partilha do sofrimento, reduzindo assim o stresse psicológico sentido pelos mesmos.

A postura que adotámos de compreensão dos pacientes enquanto pessoas, antes de doentes, com personalidades, reações e comportamentos diferentes uns dos outros, permitiu que houvesse uma abertura terapêutica, que os levou a falar de problemas fora do contexto da doença ou já existentes antes da mesma, havendo uma descoberta do próprio doente para além da doença. Por vezes esta postura verificou-se pouco presente nos restantes profissionais de saúde, conduzindo a situações em que os pacientes se sentissem menos bem tratados e incompreendidos. Desta forma, sentimos a necessidade de, enquanto psicólogas e conhecedoras da importância de uma abordagem humanizada, sensibilizar membros da equipa multidisciplinar para estas questões.

O apoio familiar era também um importante foco da nossa intervenção, pois os membros mais próximos e significativos de cada paciente evidenciavam sempre sinais de sofrimento psicológico, desde tristeza, revolta, desespero e desesperança, medo da perda, culpabilidade, cansaço, desgaste, solidão, entre outros. Além disso, a doença e o sofrimento do membro familiar a quem a doença acometia provocava uma profunda alteração nas dinâmicas familiares, trazendo grande angústia para os familiares e para o paciente. O nosso apoio focava-se essencialmente na amenização da revolta e angústia dos membros familiares, disponibilizando a abertura ao diálogo, à expressão de emoções negativas, exibindo uma postura empática, receptiva e de conforto. Fazia também parte da

nossa atuação a mediação relacional entre o paciente e os seus familiares, no sentido de promover um equilíbrio e harmonia nas relações e a reorganização face à situação de crise gerada pela doença.

Alguns dos casos acompanhados no internamento eram casos terminais e, como tal, a natureza da nossa intervenção seguia uma linha mais paliativa. Desta forma, nestes casos, a nossa atuação visava promover o melhor possível a qualidade de vida do paciente e dos seus familiares, ao tentar prevenir e/ou aliviar sofrimento psicológico e reduzindo o risco de lutos patológicos nos familiares.

Junto do paciente, as intervenções realizadas não divergiam muito das efetuadas junto dos restantes doentes oncológicos, nomeadamente no que se refere ao atendimento das necessidades do paciente, ao cuidado humanizado, à escuta ativa, entre outros já referidos. Não obstante, os casos terminais recebiam alguns cuidados diferenciados no que toca, por exemplo, ao trabalho sobre a morte como um processo integrante da vida e a expressão de sentimentos e pensamentos sobre o morrer, procurando dar tempo ao sujeito e aos familiares para a elaboração e assimilação desta realidade.

Além disso, a qualidade do relacionamento que estabelecíamos com o paciente detinha, nestes casos, maior importância, pois quanto mais humanizado fosse o nosso tratamento e cuidados para com estes pacientes, maior era a sua capacidade para suportar os momentos mais difíceis. Ao expressarmos genuíno interesse pelas suas histórias, pelas suas individualidades, bem como afeto e compaixão, ajudávamos a promover uma sensação de consolo e paz interior nos mesmos, aliviando o seu sofrimento psicológico. A relação e a comunicação tinham um papel terapêutico fundamental nestes casos. Como tal, era importante que quer a relação, quer a comunicação não estivessem focadas somente na doença e na morte, pelo que procurávamos promover uma abertura dialogal com o paciente, para que pudesse falar sobre si próprio, sobre as suas vivências, sobre aspetos pessoais e características da sua individualidade. A promoção de um diálogo aberto e recetivo não só transmitia ao paciente o nosso genuíno interesse e respeito por si como pessoa para além da sua doença, como ainda lhe proporcionava uma forma de aliviar a ansiedade e a tensão sentidas face à sua condição e à sua terminalidade.

Outro dos aspetos da nossa atuação nestes casos prendia-se com a tentativa de preservação da autonomia do paciente, nomeadamente no que dizia respeito à participação e tomada de decisão acerca do seu próprio caso e da sua própria assistência, ajudando-os a tomar controlo sobre a sua vida e a tomar as suas próprias decisões

conforme as necessidades que lhe eram mais prementes naquele momento e a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte.

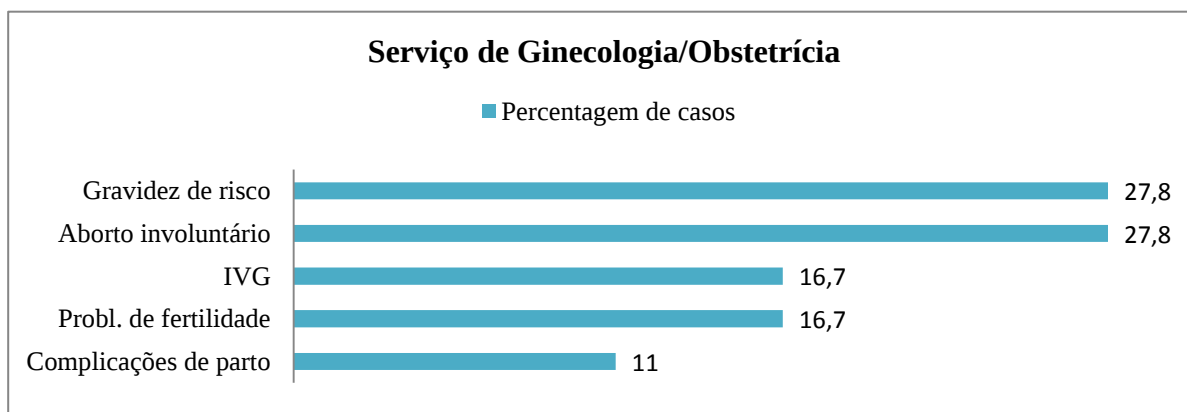
Em determinados casos, encorajávamos a empatia entre a família para que a expressão de sentimentos e pensamentos pudesse possibilitar a resolução de problemas não resolvidos, bem como uma despedida mais confortante do paciente.

Com a proximidade do momento da morte, era notório um desgaste muito grande quer no paciente, quer nos familiares, para além de um grande receio. A nossa intervenção focava-se em ajudar a família, promovendo discussões acerca dos desejos para depois da morte do familiar e oferecíamos ajuda nas questões funerárias e cerimoniais. Orientávamos as famílias para a sobre a importância da sua presença nos momentos finais do paciente, mesmo em caso de coma, em certos casos para evitar a possibilidade do desenvolvimento de sentimentos de culpa, tal como indica a literatura (e.g., Oliveira et al, 2004). Apesar da nossa presença e apoio constantes no ato da notificação da morte, era também importante dar liberdade à família para estar sozinha junto ao corpo e poder tocar, falar e sofrer a morte do familiar, pois faz parte de um sofrimento adequado, evitando o desenvolvimento de lutos patológicos.

2. Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

Já no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, as problemáticas mais verificadas foram a gravidez de risco e o aborto involuntário, seguidos da interrupção voluntária da gravidez, problemas de fertilidade e complicações de parto. Estes dados estão ilustrados na Figura 2.

Figura 2. *Problemáticas dos casos acompanhados no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia.*



A nossa intervenção neste Serviço passava pela realização de uma avaliação de risco psicológico às pacientes, no sentido de efetuar uma triagem de doentes que, de imediato, reunissem sintomas de sofrimento ou circunstâncias de vida que pudessem agravar a vivência da situação de saúde. Eram considerados, nesta avaliação, fatores como a idade, a história clínica e obstétrica, o diagnóstico da situação atual, o tipo de medicação, o tipo de exames realizados, o grau de dependência, a qualidade do suporte familiar, a presença de antecedentes psiquiátricos ou de fragilidade psicológica. A análise destes fatores permitia-nos perceber quais as situações mais complexas e que, possivelmente, necessitariam de apoio psicológico (e.g., situações de internamento prolongado, inatividade forçada, primiparidade, reinternamento, gravidez em idade precoce ou tardia, ameaças de parto prematuro, malformações fetais, morte fetal, gravidez não acompanhada).

Nos casos de mães que tiveram partos normais e patológicos (e.g., cesariana ou que envolveu complicações), só era feita uma abordagem da nossa parte junto das pacientes quando havia uma indicação por parte do médico ou quando as pacientes já se encontravam previamente em acompanhamento psicológico.

Algumas das problemáticas mais frequentes neste Serviço diziam respeito aos problemas de fertilidade, abortos espontâneos e gravidezes de risco. As pacientes que se enquadravam nestas situações clínicas evidenciavam variados sintomas, que mereciam a nossa atenção e intervenção. O facto de uma gravidez constituir uma situação crítica e de risco implicava, por si só, a presença de um certo grau de ansiedade nas pacientes.

Além disso, era frequente verificar que as pacientes exibiam medos relativamente à capacidade de conceber um bebé saudável dentro de si, receio pela saúde do mesmo e receio de não conseguir dar à luz um bebé são e perfeito, sentimentos que estão em consonância com a literatura na área (e.g., Quayle, 1985; Roizblatt, 1983; Sanches, Peter e Arida, 2005).

O aborto espontâneo trazia grande frustração, por ser, na grande maioria dos casos, completamente inesperado. Atingia profundamente as pacientes em relação a si mesmas, mas também em relação aos demais envolvidos (e.g., marido, companheiro, pais, amigos, outros familiares). Em alguns casos de aborto espontâneo, a paciente optava por decidir fingir que nada tinha ocorrido perante pessoas (frequentemente familiares e amigos) que não sabiam que tinha engravidado, devido ao medo de que a pudessem julgar como incapaz de gerar um bebé.

Tendo em conta que a identidade feminina na sociedade está, em grande parte, associada à maternidade, surgiam por vezes nas pacientes sentimentos de fracasso, de incompetência e um grande impacto na autoestima, autoconfiança e na imagem que tinham de si como mulher. Além disso, o aborto espontâneo vinha, muitas vezes, frustrar as expectativas do casal quanto à formação de uma família e, ainda, da família alargada, quanto à possibilidade do desenvolvimento de novos papéis (e.g., avós, tios).

Com muita frequência, verificávamos nestas pacientes emoções como a raiva, a tristeza, a frustração, a culpa, a sensação de vulnerabilidade, sendo que não era incomum o desenvolvimento de quadros depressivos. As pacientes relatavam sentimentos profundos de perda, de vazio. De facto, a literatura (e.g., Assunção & Tocci, 2003) tem evidenciado que as reações emocionais na situação de aborto estão relacionadas ao significado de perda, no entanto, o luto no aborto caracteriza-se pela perda de um vínculo afetivo, diferenciando-se de outras situações de perda por morte.

Desta forma, o vínculo afetivo criado com o feto, bem como as expectativas, desejos e fantasias que acompanhavam toda a gravidez eram frustradas repentinamente e as repercussões a nível psicológico e emocional eram tão mais acentuadas, quanto maior tivesse sido o investimento afetivo da paciente na gravidez.

A nossa atuação visava fornecer a oportunidade para que a paciente pudesse conversar e expressar as suas emoções, aliviando a carga emocional, a angústia e o sofrimento psicológico gerado pela situação de perda.

No que concerne às reações do pai do bebé relativamente ao aborto, verificávamos que eram reações bastante diferentes das da mãe, no sentido em que não exibiam reações tão depressivas, no entanto, demonstravam confusão e resistência em acreditar no que se estava a passar, bem como reações de tristeza, frustração, raiva e, por vezes, uma certa culpa (e.g., relações sexuais durante a gravidez), o que vai ao encontro da literatura na área (e.g., Assunção & Tocci, 2003; Pizer & Palinski, 1981) Também com os pais, a reação era tão mais acentuada, quanto maior tivesse sido o investimento emocional dos mesmos na gravidez.

Contrariamente a estas reações, alguns pais exibiam uma atitude de responsabilização da mulher pela ocorrência do aborto, uma vez que a gestação ocorria no seu corpo. Outros tentavam responsabilizar os técnicos de saúde por alguma falha médica que tivesse suscitado o aborto. Muitas vezes, estas atitudes estavam associadas aos sentimentos de revolta e negação, procurando algum culpado pela perda e pela

injustiça sofridas. Não obstante, dificultavam a possibilidade de um luto saudável quer para si próprios, quer para as parceiras.

Por vezes, as reações de alguns familiares e/ou amigos também não eram as mais adequadas, pois havia a tentativa de reprimir os sentimentos de angústia da paciente, minimizando a sua dor e sofrimento (e.g., através de verbalizações como “foi melhor assim”; “antes agora do que depois de nascer”; “podes voltar a engravidar”). Estas atitudes faziam diminuir a qualidade do suporte social e familiar recebido, além de que promoviam o adiamento das reações da paciente à perda.

Desta forma, um dos focos da nossa intervenção com estas pacientes era o encorajamento do parceiro e dos familiares e outros significativos presentes, para fornecerem apoio emocional à paciente e permitirem que a mesma conversasse e expressasse livremente o seu luto, sendo eles próprios, em especial o parceiro, participantes desse mesmo processo de luto.

O risco de um luto não resolvido nestes casos era bastante expressivo, não só devido às dificuldades de elaboração da perda, como também devido a posturas desajustadas de familiares e outros significativos face à paciente. A título de exemplo, o luto patológico ou não resolvido nestes casos implica grandes repercussões a nível emocional e psicológico, incluindo fatores como a raiva e hostilidade (e.g., contra si mesmas, contra outras mulheres, contra o parceiro e outras pessoas da família, sobretudo se houver historial de aborto na família; revolta contra a vida e o mundo, pela injustiça que sofreu; tentativas de compensação pela perda), a melancolia e episódios de emoção forte ao se lembrar da perda (e.g., reações desadaptativas aos aniversários da data do aborto ou da data prevista para o nascimento; a permanência de sentimentos de tristeza ou raiva quando o assunto é abordado, mesmo muitos anos depois) (Assunção & Tocci, 2003; Stack, 1984; Quayle, 1985).

No que diz respeito às interrupções voluntárias da gravidez (IVG), também existia um sentimento de perda e, como tal, o luto era também uma reação normal e esperada. De facto, ao comparar amostras de pacientes com aborto espontâneo e aborto voluntário (e.g., Roizblatt, 1983) não foram encontradas diferenças significativas quanto ao grau de depressão nos dois grupos.

Porém, nestes casos, havia um estigma social muito maior e muitas pacientes vivenciavam a perda e o luto sozinhas pois, muitas vezes, encontravam-se internadas e as famílias não tinham conhecimento da situação. O isolamento fragiliza profundamente

estas pacientes e os médicos e enfermeiros nem sempre se apercebiam da necessidade de acolhimento e de atenção das pacientes, focando-se nos cuidados técnicos às mesmas.

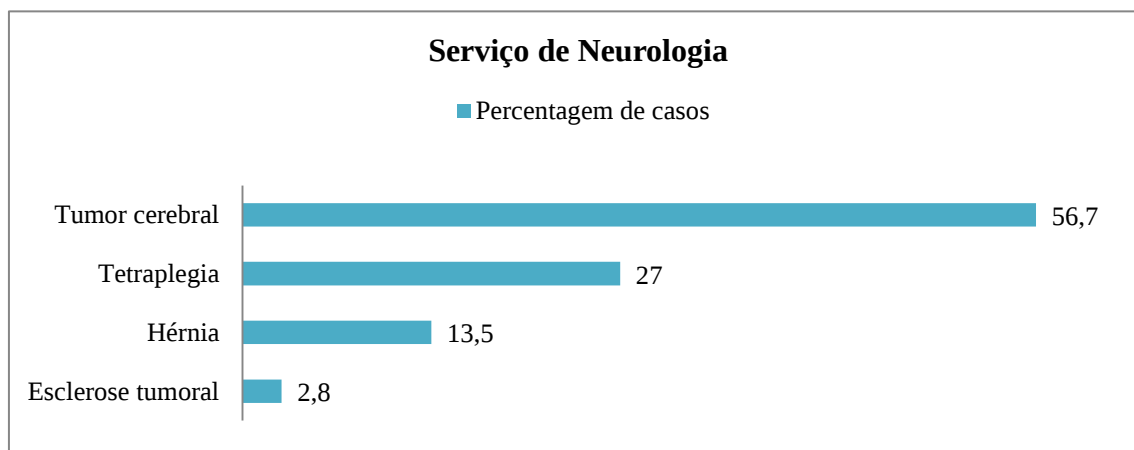
Para além do sentimento de perda, não era incomum apresentarem também sentimentos de culpa muito fortes, o que, de acordo com Gesteira, Barbosa e Endo (2006) podiam estar relacionados com as suas crenças, princípios religiosos e valores. Além disso, muitas vezes o processo de aborto voluntário era solitário, sem o apoio do parceiro e/ou da família. A decisão da IVG era motivada por uma gravidez não desejada, que podia considerar vários fatores (e.g., condição financeira inadequada, projeto de vida, desemprego, prole numerosa). De qualquer das formas, esta decisão é, geralmente, muito difícil e implica um grande conflito interior e sofrimento psíquico (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006). Por estas razões, havia um risco considerável de desenvolvimento de lutos patológicos, pois as pacientes eram, muitas vezes, levadas a vivenciar o seu luto isoladamente, sem apoio familiar nem reconhecimento social da sua dor; ou forçar-se a abandoná-lo antes de tê-lo completado, reprimindo as emoções.

A nossa postura para com estas pacientes não se diferenciava da postura para com uma pessoa em luto e visava evitar o desenvolvimento de processos de luto patológicos. Disponibilizávamos a nossa presença e escuta ativa do sofrimento das pacientes, transmitindo uma postura de não julgamento ou crítica, bem como de compreensão empática pela dor e pelo seu ponto de vista, validando e respeitando o seu sofrimento. Procurávamos promover o acionamento dos recursos pessoais e sociais das pacientes, no sentido de lidarem com a sua situação de perda e luto de forma ajustada.

3. Serviço de Neurologia

No que diz respeito ao Serviço de Neurologia, predominaram os casos de tumores cerebrais, seguidos de casos de tetraplegia, hérnias e, em menor percentagem, casos de esclerose tumoral. Estes dados estão ilustrados na Figura 3.

Figura 3. *Problemáticas dos casos acompanhados no Serviço de Neurologia.*



No que concerne à nossa intervenção neste Serviço, a mesma detinha muitos aspetos em comum com as intervenções realizadas no Serviço de Ginecologia, pois também no Serviço de Neurologia as problemáticas mais frequentes eram de natureza oncológica e/ou crónica. Assim, um aspeto de intervenção em comum aos dois serviços era a participação nas Consultas de Decisão Terapêutica onde, tal como referido anteriormente, era realizada uma avaliação de risco psicológico aos pacientes. Eram considerados fatores tais como a idade, o tipo de cirurgia, a existência de filhos menores, a qualidade do suporte familiar, o grau de aceitação da decisão terapêutica, a presença de antecedentes psiquiátricos ou de fragilidade psicológica. Nos casos específicos deste serviço, eram ainda considerados na avaliação outros aspetos mais específicos à área cognitiva (e.g., pensamento organizado, linguagem, atenção, orientação, memória, afeto condizente, adequação do sono).

Outras intervenções comuns aos serviços de Ginecologia e Neurologia eram a intervenção em cuidados paliativos nos casos terminais; o apoio na comunicação do diagnóstico; a promoção da participação do paciente no processo de tomada de decisão terapêutica; a promoção de uma relação de qualidade com o paciente; a prevenção do sofrimento psicológico associado à vivência da doença e aos tratamentos; o atendimento às necessidades mais prementes e individuais de cada paciente em concreto; a escuta ativa; a promoção da expressão de emoções negativas; o apoio nas dificuldades de adaptação face às repercussões físicas e psicológicas da doença; o cuidado humanizado e o apoio aos familiares.

Algumas das particularidades encontradas neste Serviço prendiam-se com o facto de os pacientes evidenciarem uma elevada preocupação com os défices que poderiam surgir após as cirurgias (e.g., défices de linguagem, hemiplegia, alterações de personalidade e de humor, decadência das capacidades cognitivas). Nos momentos seguintes à cirurgia, evidenciavam vivências demarcadas pela ansiedade, associadas às alterações na imagem corporal, à necessidade de recuperação e à preocupação pelo futuro, tal como indica a literatura (e.g., Lepola, 2001).

Os casos de neurologia implicavam frequentemente sequelas e défices funcionais, os quais traziam grandes limitações de várias ordens para o sujeito e, como tal, muitos pacientes passavam a adquirir um grau elevado de dependência dos seus cuidadores formais e informais. Outra das dificuldades mais angustiantes para estes pacientes, mais frequentemente nos casos de tumor cerebral, eram as dificuldades de linguagem e comunicação. Por vezes, a comunicação com as pessoas próximas tornava-se árdua e necessitavam frequentemente de ajuda, o que despoletava sentimentos de embaraço, vergonha e confusão, levando, muitas vezes, a uma atitude mais retraída e isolada, prejudicando a qualidade dos laços sociais e familiares. Além disto, muitos destes pacientes evidenciavam um sentimento de serem um fardo para os familiares e até para os cuidadores formais, com quem lidavam diariamente em regime de internamento, devido às exigências constantes de cuidados e de ajuda.

Uma das nossas intervenções mais específicas deste serviço consistia no encorajamento e promoção da realização de tarefas que estivessem dentro dos limites das capacidades e energia dos pacientes, no sentido de diminuir os sentimentos de dependência dos outros e, também, da possibilidade de transpor tais atividades para o futuro quotidiano. Tal como indicam Wideheim, Edvardsson, Pahlson e Ahlström (2002), é importante trabalhar o empenho destes pacientes para as tarefas quotidianas, procurando voltar a desempenhar os seus antigos papéis, dentro do que as condições físicas e cognitivas tornem possível.

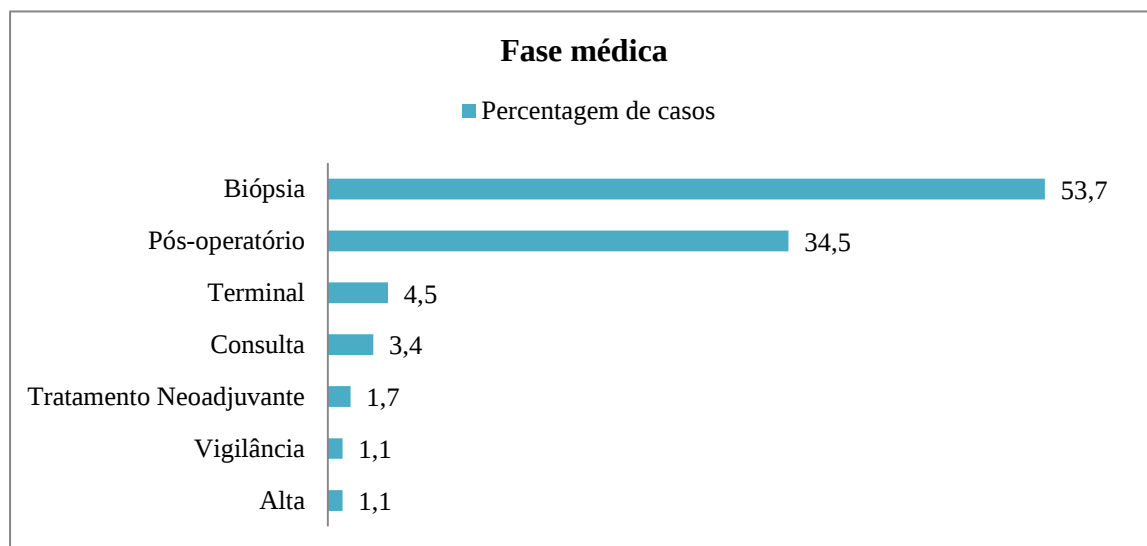
A nossa intervenção passava ainda pela realização de atividades de reabilitação cognitiva (e.g., treino de memória, treino de orientação temporal e espacial, treino de compreensão verbal), bem como o apoio psicológico para ajudar a lidar com a fragilidade, a dependência e com os tratamentos de reabilitação física.

No que concerne ao apoio familiar, a nossa intervenção focava-se no apoio dos familiares face à angústia e ao medo de perder o ente querido, bem como pelo facto de terem de conviver com as suas alterações corporais, em particular o declínio físico e

mental do paciente. Os familiares careciam de orientações e apoio no que dizia respeito às alterações nos papéis familiares, pois implicavam um grande impacto na estrutura e dinâmica familiar conhecidas anteriormente. Além disso, vivenciavam uma grande sobrecarga face às novas responsabilidades para com o familiar doente, que apresentava agora várias limitações. Neste aspeto, o nosso apoio passava pela disponibilização de informações sobre a doença e sobre quais as melhores maneiras de gerir o quotidiano do paciente em casa, bem como acerca da atenção às relações familiares e ao manuseamento de sentimentos e do stresse, quer da parte do paciente, quer dos próprios familiares e, ainda, como acionar recursos da comunidade.

Finda a descrição das atividades efetuadas neste Serviço, a globalidade dos casos acompanhados ao longo do estágio seguiram diversas fases médicas, consoante a evolução dos exames e dos tratamentos efetuados. Desta forma, 53.7% dos casos acompanhados encontravam-se em fase de biópsia e realização de exames; 34.5% dos casos foram acompanhados na fase pós-operatória; 4.5% dos pacientes acompanhados estavam em fase terminal; 3.4% dos casos encontravam-se na fase de consulta; 1.7% dos pacientes acompanhados encontravam-se em tratamento neoadjuvante; 1.1% dos casos encontravam-se em fase de vigilância e, por fim, outros 1.1% dos casos acompanhados encontravam-se na fase de alta. Estes dados estão ilustrados na Figura 4.

Figura 4. *Fase médica dos casos acompanhados.*



Ao longo da realização do estágio, senti que a carga emocional é enorme não só nos pacientes e nos seus familiares, como também nos próprios profissionais de saúde. Uma vez que as problemáticas acarretam diagnósticos “pesados”, é necessário que, dentro das próprias equipas, haja uma certa dinâmica a fim de haver um libertar de emoções acerca das problemáticas dos doentes e dos obstáculos que, por vezes, alteram o curso normal do serviço (e.g., a falta de medicação; o abandono do sentido de viver por parte dos doentes; a própria forma como os doentes interagem ou não com os profissionais; a recusa de certos tratamentos por parte dos doentes), gerando uma certa frustração no seio da equipa ou em algum elemento que nela se integra.

Muitas vezes, eu e a minha orientadora éramos abordadas por colegas profissionais de saúde que necessitavam de “desabafar”. Outros, como por exemplo, auxiliares e administrativas, solicitavam-nos porque tinham sido alvo do “despejo de raiva” da insatisfação de algum doente ou familiar. O nosso papel era essencialmente de escuta ativa e de ajudar a lidar com a frustração sentida, aconselhando a “separação entre o que é de casa e o que é do hospital”, no sentido de evitar que a carga emocional e psicológica do trabalho interferisse negativamente no funcionamento quotidiano e na vida pessoal. No que diz respeito à minha própria forma de lidar com casos que, para mim, transmitiam sensações novas e dolorosas, também eu recorria à minha orientadora, sempre que sentia necessidade, e vice-versa. Havia abertura na nossa relação profissional para que nos pudéssemos apoiar mutuamente, o que tornava a nossa dinâmica mais rica e nos fortalecia para novos casos.

O capítulo que se segue diz respeito à apresentação de dois casos clínicos acompanhados durante o estágio, os quais pretendem incluir no presente relatório um exemplo da intervenção efetuada junto dos pacientes.

III. Casos Clínicos

Neste capítulo serão abordados dois casos clínicos acompanhados durante o estágio. Em cada caso clínico é feita a apresentação do mesmo, com os principais dados do cliente em questão, seguida dos principais marcos e informações relevantes acerca da história pessoal, da história familiar e da história clínica do mesmo.

Uma vez que, no caso clínico 1, foi aplicado o Teste de Rorschach, é realizada uma abordagem a esta prova psicológica, apresentando as suas principais características e objetivos. De seguida, são apresentados vários subcapítulos referentes às dimensões avaliadas nesta prova (processamento de informação, ideação, aspetos afetivos, percepção de si, percepção e relacionamento interpessoal, controlo e tolerância ao stresse), contendo as principais conclusões retiradas em cada uma das mesmas e, por fim, a conclusão, onde são evidenciadas as conclusões mais relevantes de todos os aspetos avaliados no teste.

Ambos os casos clínicos apresentam ainda as observações registadas, de maior relevância para o caso, com a respetiva fundamentação teórica, assim como as principais intervenções psicológicas realizadas junto de cada cliente. Cada caso clínico apresenta uma reflexão pessoal, contendo os principais obstáculos encontrados, dificuldades sentidas e impressões retiradas do acompanhamento dos mesmos.

1. Caso Clínico 1

1.1. Apresentação do caso.

Nome: M.

Idade: 49 anos

Estado Civil: Casada

Escolaridade: 12º ano

Profissão: Rececionista

Motivo da consulta: M. foi encaminhada para a consulta de Psicologia devido ao diagnóstico de cancro da mama conferido na consulta de decisão terapêutica.

1.2. História pessoal.

M. nasceu em 1965, fruto de uma gravidez normal, parto natural e foi amamentada pela progenitora. Ao abordar o seu desenvolvimento na infância, M. não

destaca nenhuma dificuldade ou anormalidade quanto às etapas normativas do mesmo. Descreveu-se como uma criança muito ativa, cheia de energia e sem complexos dentro do ambiente familiar, sendo considerada pelos familiares como “o palhacinho”. Não obstante, quando fora deste contexto familiar, M. afirma que era tímida, calma e muito bem comportada.

No que diz respeito à sua história conjugal, M. contraiu o matrimônio com o atual esposo quando tinha 23 anos de idade. Atualmente, os dois continuam casados. O seu cônjuge, ligeiramente mais velho, trabalha na área turística e tem o 9º ano de escolaridade. M. descreveu-o como positivo, ativo, trabalhador, honesto e uma pessoa com muita visão. M. descreveu de forma positiva a sua relação conjugal, caracterizando-a como uma relação de muita cumplicidade e baseada na honestidade.

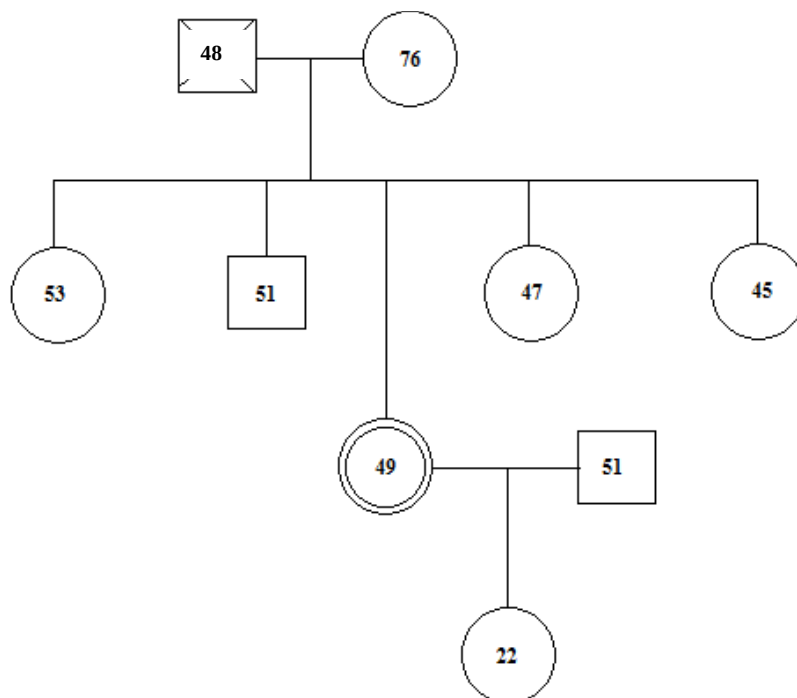
O casal tem apenas uma filha, atualmente com 22 anos de idade, estudante no ensino superior. M. descreveu a filha como criativa, honesta e carinhosa.

No que concerne à sua atividade social em geral, M. apontou o convívio com familiares e amigos, o gosto pela literatura, pelas caminhadas e pela natação livre como os seus principais interesses e atividades.

Foram abordados alguns acontecimentos de vida marcantes, nomeadamente relacionados com doença e familiares e outros próximos. O pai de M. faleceu quando esta tinha 16 anos, vítima de cancro. Além disto, o irmão do seu marido faleceu precocemente, vítima de uma leucemia e, ainda, um amigo próximo passou por uma situação de saúde crítica, devido ao diagnóstico de uma doença rara, tendo passado pelos cuidados intensivos e levado muito tempo a recuperar. Antes de M. ter sido diagnosticada com cancro da mama e após a recuperação do amigo, a sua filha descobriu um nódulo na mama, que mais tarde se veio a verificar um fibroadenoma, e que a levou a realizar uma cirurgia apenas dois meses antes de M. ter conhecimento do seu próprio diagnóstico.

1.3. História familiar.

Figura 5. *Genograma familiar de M.*



M. é a terceira filha de uma fratria de cinco, dos quais quatro são do sexo feminino e um do sexo masculino. O pai trabalhava como empregado de armazém e tinha o 4º ano de escolaridade. Faleceu precocemente, vítima de um cancro. M. descreveu-o como uma pessoa honesta, trabalhadora, imparcial e exigente. Além disto, M. caracterizou a educação dada pelo pai como austera, pouco carinhosa mas muito protetora. A mãe, atualmente com 76 anos de idade, trabalhava como empregada de limpeza e tem o 4º ano de escolaridade. M. descreveu-a como uma pessoa tímida, exigente, melancólica, e perfeccionista. Quanto à educação dada pela mãe, M. caracterizou-a como uma educação muito austera, em que lhes era inculcado o sentido de responsabilidade e do prazer no trabalho honesto e bem concretizado.

A irmã mais velha trabalha como auxiliar de educação e tem o 9º ano de escolaridade. M. descreveu-a como uma pessoa calma, protetora e criativa. O irmão, um pouco mais velho, trabalha na área da restauração e tem o 9º ano de escolaridade. M. descreveu-o como exigente, trabalhador e stressado. A primeira irmã mais nova trabalha como contabilista e tem o 12º ano de escolaridade. M. descreveu-a como sincera, motivada e positiva. Por fim, a segunda irmã mais nova, não tem atualmente nenhuma atividade profissional. M. descreveu-a como ansiosa, protetora e pouco ativa. Ao abordar

o agregado familiar, M. destacou ainda uma tia como parente significativo, descrevendo-a como carinhosa, protetora e atenta.

M. descreveu de forma positiva as dinâmicas familiares atuais, caracterizando o ambiente familiar como calmo e harmonioso e a situação socioeconómica como estável.

1.4. História clínica.

M. foi diagnosticada com carcinoma bilateral da mama em 2013, após a realização de biópsia. Foi submetida a uma mastectomia subcutânea e esvaziamento axilar bilateral cerca de três meses depois e realizou quatro sessões de quimioterapia, seguidas de muitas sessões de radioterapia.

Revelou alguns efeitos secundários ao tratamento por quimioterapia, nomeadamente enjoos, vômitos e hipersensibilidade ao choro. Por outro lado, não revelou sensação de cansaço ou fraqueza e, após quatro dias, sentia-se recuperada e conduzia o seu quotidiano de forma normal.

Simultaneamente, M. foi acompanhada em consulta de psicologia, pela psicóloga Eduarda Freitas e, posteriormente, por mim. Foi sinalizada para acompanhamento psicológico pela enfermeira-chefe, pois apresentava um nível elevado de ansiedade face à própria situação clínica. Realizou um total de 13 sessões, num período de 15 meses (periodicidade mensal, sensivelmente) entre janeiro de 2013 e abril de 2014. Teve alta hospitalar em abril de 2014.

1.5. Exames complementares psicológicos: teste de rorschach.

Foi aplicada a prova de avaliação psicológica Teste de Rorschach (exame de personalidade e funcionamento emocional – Sistema compreensivo de Exner) à paciente M., para fins de avaliação psicológica, de acordo com o manual do sistema interpretativo do Rorschach de Exner (Carmo & Parracho, 2000; Rodrigues, Almeida & Gomes, 2000).

O teste foi aplicado com o objetivo de reunir informação sobre a cliente e de confirmar ou refutar inferências retiradas através do acompanhamento e observação da mesma. Pretendíamos reunir informação acerca da estrutura e da dinâmica do funcionamento da personalidade da cliente, mais concretamente acerca da sua atitude face ao seu ambiente, averiguar a existência de pressões e conflitos internos e/ou externos, averiguar a existência de dificuldades emocionais e, ainda, a sua capacidade para lidar com o stresse.

O Teste de Rorschach é uma técnica de avaliação psicológica projetiva, no qual o sujeito avaliado responde possíveis interpretações sobre as manchas de tinta simétricas apresentadas ao longo de dez pranchas. As respostas fornecidas pelo sujeito transmitem um conjunto amplo de informação acerca da sua dinâmica psicológica, na medida em que, ao procurar organizar uma informação ambígua nas pranchas de tinta, o sujeito projeta aspectos de sua própria personalidade. O psicólogo que interpreta as respostas pretende reconstruir os aspectos da personalidade que levaram às mesmas.

O teste é composto por dez pranchas de tinta diferentes, algumas coloridas e outras a preto e branco. O psicólogo apresenta as pranchas sempre na mesma ordem ao sujeito avaliado e expõe a questão: "*o que poderia ser isto?*". As pranchas são apresentadas ao sujeito sempre numa determinada posição, porém, o mesmo pode virá-las e interpretá-las a partir de qualquer posição e não existe um limite de respostas.

A codificação das respostas dadas segue um complexo sistema de códigos, reduzindo-as a algumas categorias básicas. No sistema de codificação de Exner, utilizado na presente avaliação, cada resposta é classificada sob quatro pontos de vista: (1) *o modo de percepção*, ou seja, se a prancha é vista como um todo ou se apenas uma parte é importante; (2) a *determinante*, ou seja, que aspecto da prancha foi importante para a resposta (e.g., a forma, a cor, a impressão de movimento); (3) o *conteúdo*, ou seja, se a interpretação realizada corresponde a um ser humano ou partes do corpo humano, um animal, uma planta, um objeto, uma paisagem; e (4) a *originalidade* ou *vulgaridade* da resposta, ou seja, se a resposta é usual/vulgar ou rara/invulgar, tendo em conta a norma da população em que se insere a pessoa avaliada. Para codificar cada um destes pontos é utilizada uma série de letras, que indicam cada uma das várias possibilidades.

Uma vez codificadas todas as respostas, as mesmas são somadas e reduzidas a diferentes índices, os quais são reunidos em agrupamentos/*clusters* que descrevem determinadas dimensões da personalidade. No sistema de Exner, existem três grupos de variáveis-chave: (1) o grupo formado pelos índices de esquizofrenia, de depressão e de défice de *coping*; (2) o grupo formado pelas chamadas “Escala D”, referentes à capacidade pessoal de autocontrolo do comportamento e à capacidade de lidar com stresse; e (3) o grupo que descreve as tendências dominantes da personalidade. Dentro de cada grupo existem diferentes índices, os quais são utilizados para o cálculo de três agrupamentos de qualidades do funcionamento mental do indivíduo.

O primeiro grupo (denominado Tríade Cognitiva) é composto pelos seguintes índices: *Processamento de Informações*; a *Ideação* (capacidade do indivíduo de traduzir

as informações que recebe do ambiente em conceitos e ideias abstratos) e a *Mediação Cognitiva* (tendência de o indivíduo ser ou não convencional na sua maneira de ver e pensar as coisas). O segundo grupo é composto pelos índices de *Afetividade*, de *Autopercepção* e de *Percepção Interpessoal*. Por fim, o terceiro grupo é composto pelos índices de *Capacidade de Controlo e Tolerância de Stress* e de *Stress ligado à situação*.

Durante a observação, a paciente esteve vígil, com atividade motora um pouco tensa, mostrando uma certa vergonha, no entanto cooperou e mostrou interesse no exame e estabeleceu uma relação de simpatia com a examinadora.

1.5.1. Processamento da informação.

Inserido na Tríade Cognitiva, o Processamento da Informação refere-se às atividades de admissão ou entrada de informação e *inputs*, ou seja, como o sujeito incorpora a informação proveniente do exterior; e o seu funcionamento avalia-se através de seis passos, nos quais é avaliado o esforço ou motivação no processamento, assim como a qualidade e eficácia do mesmo.

A cliente M., em termos do processamento de informação e forma como apreende os estímulos, apresenta uma tendência para simplificar excessivamente as suas percepções, (sempre que percebidas como complexas e ambíguas) evitando assim processar a emoção e deixando-se invadir pelos afetos. Este estilo de resposta reflete uma forma de economia psicológica, no entanto, também pode indicar a presença de problemas a nível do processamento de informação e, como tal, pode criar um potencial para uma elevada frequência de comportamentos que não coincidem com as exigências e expectativas sociais pois, devido a esta excessiva simplificação, a cliente M. perde informação importante. Esta simplificação pode dever-se a uma excessiva estimulação emocional e pode refletir a presença de uma atitude mais defensiva, resguardada e de evitação, que pode ser circunstancial (resistência ao teste), ou então constituir um estilo de funcionamento próprio. (L = 1.5).

Revela ainda alguma dificuldade em termos de capacidade de análise de síntese do campo estimular (QDo = 12). A cliente M. vê as coisas como a maioria das pessoas, apresentando um adequado grau de adaptação às normas do seu grupo. (P = normativo). Revela ainda uma capacidade de afirmação e autonomia dentro dos parâmetros ditos normais (S = 2).

1.5.2. *Ideação.*

Inserida na Tríade Cognitiva, a Ideação refere-se às atividades de concetualização da informação que foi admitida e traduzida, ou seja, como o sujeito a concetualiza e utiliza, pois pensar implica organizar, de forma significativa, uma série de símbolos ou conceitos, constituindo o núcleo das atividades psicológicas que permite decisões e condutas deliberadas. O seu funcionamento avalia-se através de oito passos, nos quais são analisadas as operações ideativas do sujeito e a sua eficácia.

A nível do estilo de resposta básico e habitual, M. utiliza um estilo ideacional ambiguo, que significa que, de uma maneira geral, responde de forma racional às situações mas, perante situações emocionalmente mais complexas ou exigentes, os afetos contribuem significativamente para as decisões. Do ponto de vista dos mecanismos de defesa, M. apresenta maior tendência para usar os mecanismos de evitação/negação ($2AB + (Art + AY) = 0$).

1.5.3. *Aspetos afetivos.*

O afeto medeia toda a atividade psicológica, interferindo no pensamento, nas decisões e no comportamento em geral. O objetivo desta secção é determinar qual o papel que o afeto desempenha na organização psicológica e no funcionamento do sujeito. Esse papel varia consideravelmente de sujeito para sujeito e são vários os aspetos a ter em conta na recolha de informação que diz respeito a este funcionamento, sendo avaliados através de dez passos. Neste campo verificamos se existe a presença de características depressivas ou de perturbação afetiva.

Uma vez que revela um estilo de resposta ambiguo, M. revela maior vulnerabilidade, principalmente ao nível do confronto, sendo provável que as emoções interfiram de forma inconsistente no pensamento, na resolução de problemas e na tomada de decisões.

M. revela ainda uma tendência para um hipercontrolo emocional, o que significa que não se sentirá à vontade com a sua capacidade de modulação emocional ($FC = 1$).

Quando ($T = 0$), quer com isto dizer que a cliente tem tendência a evitar o contato com as outras pessoas, sentindo-se incomodada nas relações interpessoais, distanciando-se nas condutas interpessoais. Tem propensão a ser uma pessoa muito preocupada por manter o seu espaço vital, interpretando a aproximação dos outros como uma invasão a esse espaço.

1.5.4. *Percepção de si.*

M. apresenta um marcado interesse pelos outros, mas numa linha mais defensiva, embora também revele por vezes (COP = 1) uma atitude de esperar dos outros alguma ajuda (H = 4+).

Quando (HX = 1 +), significa que a cliente M. parece lidar com a sua autoimagem e autoestima de uma forma intelectualizada, que tende a ignorar a realidade e neutraliza o impacto de sentimentos dolorosos em relação à sua autoimagem. Tem uma forte tendência para manifestar os problemas ao nível do controlo e da ideação e, como resultado, muitas características da autoimagem são distorcidas.

Quando o teste refere como resultado o (MOR = 2), representa características negativas no autoconceito, tendendo também a produzir pensamentos pessimistas.

1.5.5. *Percepção e relacionamento interpessoal.*

A maioria das variáveis que se relacionam com a percepção interpessoal constitui representações do sujeito, ou seja, representam necessidades, atitudes e estilos de lidar com as situações. Como tal, são importantes para perceber a percepção do sujeito relativamente às interações com o ambiente. Infelizmente, nenhum dos dados fornece informação acerca do ambiente real ou acerca das características daqueles que rodeiam o sujeito. Assim, as conclusões serão inferências mais generalizadas do que as que derivam das outras secções, obtidas através de sete passos.

No que diz respeito ao relacionamento interpessoal (T = 0), M. manifesta uma atitude mais conservadora. É uma pessoa que tende a preservar o seu espaço vital, com tendência a ser cautelosa na criação e manutenção de laços emocionais.

(H > Hd) significa que o autoconceito baseia-se mais na experiência vivida do que na imaginação. Embora muitas vezes signifique um interesse saudável pelos outros, pode refletir necessidade marcada pela cautela, esta situação será especialmente verdadeira perante um sujeito hipervigilante e com forte sentimento de desconfiança perante os outros.

Quando nos referimos à análise de todas as respostas de movimento par (2), o que neste teste representa (H = 4), e (Hd = 2), estamos perante um autoconceito mais baseado na imaginação do que na experiência, sugerindo ainda que as concepções relativas aos outros são mais ilusórias do que reais.

1.5.6. *Controlo e tolerância ao stresse.*

A capacidade de controlo refere-se à possibilidade ou capacidade que um sujeito possui para utilizar os seus recursos disponíveis no momento de formular e colocar em prática as suas decisões e fazê-lo de forma intencionada e com sentido para si próprio. Por sua vez, a tolerância ao stresse é um produto da capacidade de controlos, que se pode definir pela capacidade de disponibilizar recursos para por em prática condutas deliberadas e de acordo com a exigência das situações. A interpretação desta secção tem como objetivo clarificar uma compreensão mais alargada acerca da capacidade de controlo e tolerância ao stresse através de cinco passos.

No que diz respeito aos valores (EB ambiguo -0), a cliente M. não tem um estilo definido de resposta básica e, por isso, processará o afeto ou poderá usar a idealização, sendo muito menos previsível no seu comportamento, o que poderá refletir uma maior vulnerabilidade perante determinadas dificuldades, principalmente ao nível do confronto, sendo provável que as emoções interfiram de uma forma inconsistente no pensamento, na resolução de problemas e na tomada de decisões; demorará mais tempo para concluir as suas tarefas e tem menor coerência interna.

Quando (Es inferior = 2), existe neste caso uma eliminação da perceção da própria pessoa relativa aos sinais de alarme, ou seja, disparadores internos de tensão, implicando uma ausência de sensibilidade das suas próprias necessidades ou extrema fragilidade em assumi-las.

Quando T possui a conotação de ($T = 0$), as relações interpessoais caracterizam-se por superficialidade e cautela. Isto poderá criar uma vulnerabilidade ao stresse, uma vez que a própria cliente M. sente o apoio e a proximidade do outro. As relações interpessoais poderão constituir fonte de stresse.

Pretende-se aqui avaliar o stresse situacional, dada a sua exposição aquando da sua doença. Verifica-se que existe uma sobrecarga habitual que pode ter sido aumentada devido à presença de fatores situacionais, mas que parece fazer parte do funcionamento normal da cliente M., implicando um potencial para a impulsividade ao nível do pensamento, do afeto e comportamentos; é uma pessoa que apresenta maior predisposição para a desorganização em situações complexas.

Através do resultado deste passo se ($T > 1$), a situação de stresse pode dever-se a uma experiência de perda emocional, quando neste caso se pode confirmar com a sua própria doença e da sua filha.

1.5.7. Conclusão.

De uma forma geral, as conclusões da interpretação das respostas de M. no Teste de Rorschach, apontam para uma tendência racional e ponderada afetiva, o que pode fazer com que “baralhe” as emoções. Além disto, apresenta uma capacidade de tomada de decisão e de resposta de estilo ideacional, com tendência para fantasiar. Tende ainda a basear-se na experiência do seu autoconceito e a preservar mais o seu espaço. Mais especificamente:

Aparenta apresentar algumas dificuldades ao nível do processamento da informação, podendo perder informação importante; parece deixar-se invadir facilmente pelos afetos, evitando processar as emoções. Neste sentido, apresenta uma tendência para a neutralização do impacto das emoções através de raciocínios forçados e poderá usar mecanismos de evitação/negação ao nível do confronto das emoções. Poderá existir uma interiorização de excesso de cargas que deveriam ser exteriorizadas, favorecendo a somatização devido a conflitos internos. Tende a ignorar a realidade e poderá neutralizar o impacto de sentimentos dolorosos em relação à sua autoimagem, o que poderá estar relacionado com a doença do cancro de mama bilateral em que a sua imagem foi alterada.

Apresenta uma propensão para ser uma pessoa que evita relações interpessoais muito profundas, pois parece privilegiar a preservação do seu espaço vital, podendo interpretar a aproximação do outro como invasiva. Pode ser uma pessoa cautelosa, hipervigilante e desconfiada em relação aos outros.

É marcante uma experiência de perda emocional que pode estar relacionada com o problema benigno da filha e depois o confronto com a sua própria doença.

1.6. Observações.

M. recebeu a notícia do diagnóstico com grande pesar a nível psicoemocional (e.g., M. – “...senti-me perdida e apavorada, não ouvi nada do que o médico ia explicando e bloqueei”) não apenas pelo carácter do diagnóstico em si e de tudo o que a doença oncológica acarreta a nível físico e emocional, mas ainda pelo facto de a doença estar constantemente manifesta na sua vida, atingido familiares e outros significativos.

M. evidenciou algumas dificuldades internas para lidar com a doença e com a perda. O facto de pessoas próximas a quem se encontrava afetivamente vinculada passarem por situações de doença e morte, tornou-a particularmente vulnerável e sensível à doença, ao sofrimento dos outros e à eminência/ameaça de perda. Estas emoções negativas provocavam mal-estar emocional e psicológico significativos na vida de M.,

afetando o seu cotidiano de forma patológica (e.g., M. – “*Sou uma pessoa com muito medo de perder alguém que eu gosto*”; “...*peço sempre para não ter que passar por isto e que prefiro morrer antes de todos*”). M. chegou a afirmar que pedia que ficasse com a doença da filha, um fibroadenoma na mama.

O sofrimento psicológico face à doença e perda de familiares e outros significativos verificado em M. vai ao encontro da literatura sobre o tema, que indica que os membros mais significativos dos doentes oncológicos também tendem a evidenciar sinais de sofrimento psicológico (Bennet, 2000; Gatchel & Oordt, 2003), muitas vezes manifestações psíquicas e comportamentais análogas às do doente (e.g., medo, ansiedade, impotência, fracasso, frustração, desamparo, insegurança, raiva, sentimento de vulnerabilidade) (Hart, 2008).

Ainda assim, o sofrimento psicológico que M. mostrou sentir perante situações de doença em pessoas próximas criou fragilidades que perduraram, mesmo após a resolução dos casos (quer resolução por morte no caso do pai e do cunhado, quer resolução por cura no caso do amigo e da filha), e continuaram a afetar o seu cotidiano e o seu equilíbrio psicológico (e.g., pensamentos intrusivos de aparecimento de doença e consequente morte/perda; medo e ansiedade). Posto isto, M. apresentava um défice de estratégias de *coping* eficazes para lidar, digerir e ultrapassar situações de doença e de perda de forma não patológica.

Estas dificuldades, aliadas ao testemunho prévio do sofrimento psicológico, emocional e físico experienciado pelos familiares e outros significativos atingidos por doenças oncológicas, terão contribuído para a dificuldade acrescida em lidar com a sua própria doença.

M. evidenciou grande dificuldade em transmitir a notícia à família, antecipando o seu sofrimento, agravado pela sensação de reexperiência (e.g., M. – “...*sabia que iria causar sofrimento e impotência, pois já havíamos passado por uma situação semelhante*”). Tal como indica a literatura, a angústia que atinge os membros familiares do doente oncológico, causa sofrimento e pode desencadear uma intensa desestruturação familiar (Hart, 2008). M. sentiu definitivamente que toda a base familiar ficou abalada, despertando-lhe a necessidade de tentar suprimir ou, pelo menos, diminuir o sofrimento dos membros familiares à custa da expressão do seu (e.g., M. – “... *estar sempre a animá-los e a dizer que estava bem, que iria vencer esta luta pois os amava muito*”).

Além disto, M. evidenciou a experiência de sentimentos disfóricos relacionados à doença (e.g., tristeza, insegurança, medo dos tratamentos, perspectiva de deixar de ser

saudável, ansiedade e hipervigilância a qualquer sinal de dor), os quais correspondem a alguns dos sintomas comuns nestes pacientes, indicados em literatura sobre a área da Psico-Oncologia (e.g., Dias & Durá, 2002; Rossi & Santos, 2003).

No que concerne à relação terapêutica, foi difícil o estabelecimento da mesma devido à postura defensiva e “fechada” evidenciada por M. Esta cliente tinha dificuldade em partilhar de forma genuína os seus sentimentos, pensamentos e angústias, optando por não as exteriorizar por completo ou por exteriorizá-las apenas parcialmente. Esta observação encontra-se em acordo com as conclusões verificadas no teste de Rorschach, nomeadamente no que diz respeito à postura cautelosa, hipervigilante e desconfiada que parece apresentar nas suas relações interpessoais e no que se refere à interiorização excessiva de cargas emocionais.

1.7. Intervenção psicológica.

A intervenção psicológica realizada com M. teve em consideração alguns pressupostos defendidos por Carl Rogers, nomeadamente, a visão de que o ser humano tem a capacidade para não se limitar a reagir aos acontecimentos e a ser por eles conduzido, mesmo perante o impacto negativo que diversas situações possam ter sobre o seu bem-estar (Rogers, 1951/2004). Assim, o ser humano é considerado intrinsecamente motivado para um processo construtivo que o leva a sobreviver, a manter a sua organização, a restabelecer-se e a evoluir em termos de complexidade e autonomia (Rogers, 1961/2009; Rogers, 1951/2004).

No caso de M., as situações adversas presentes na sua vida e, em especial, a sua situação de doente oncológica, prendiam-na a um esquema rígido de comportamento e de pensamento, restringindo a sua evolução e crescimento pessoais. Assim, a intervenção com M. procurou estabelecer condições interpessoais (terapeuta-cliente) favoráveis à dissolução dos obstáculos que conduziram ao seu desequilíbrio psicoemocional, nomeadamente: o genuíno interesse e valorização do cliente e da sua experiência, conseguido através de uma consideração positiva incondicional; a empatia e a manifestação de compreensão sem juízos de valor; a confiança na sua capacidade em superar as incongruências; o respeito pelo seu livre arbítrio e a congruência, ou seja, a expressão objetiva das perceções, permitindo ao cliente a reflexão sobre si mesmo (Leal, 2005; Rogers, 1951/2004).

A intervenção psicológica com M. visou ainda contribuir para a redução do impacto da doença e para a condução ao surgimento de uma resposta emocional

equilibrada, quebrando os antigos padrões de resposta desestruturantes face à doença e à perda.

Assim, foi fomentado o encorajamento da expressão das emoções negativas, pois a tentativa de repressão das mesmas no contexto familiar verificava-se prejudicial para M.

Além disto, uma vez que M. revelava estratégias de *coping* desajustadas para lidar com situações de doença e perda, incluiu-se a sua, tentou-se promover estratégias de *coping* eficazes (e.g., espírito de luta; apoio familiar; apoio da equipa profissional; ativação de recursos pessoais válidos). Nisto, M. encontrou na leitura uma forma de mudança de pensamento e de comportamento. Os livros de autoajuda, em particular o livro “*Cancro, Vidas em Reconstrução – Uma Abordagem Psicológica à Doença, suas Problemáticas e Emoções*”, escrito pelas psicólogas Magda Oliveira, Sónia Castro, Susana Almeida e Susana Moutinho, que integra os aspetos teóricos e a experiência pessoal dos diferentes atores que vivem todos os dias com o cancro, revelou-se uma ajuda essencial para que M. fosse capaz de trabalhar os seus medos e ultrapassar o negativismo.

Os relatos das experiências de doentes e familiares permitiram que M. contornasse o sentimento de caso único (e.g., M. – “... *as experiências eram em tudo idênticas à minha: o medo dos tratamentos, o deixar de ser saudável, o viver em permanente vigilância a qualquer sinal de dor*”), bem como a ter mais consciência de que a família também passa por um enorme sofrimento e ansiedade.

M. revelou-se proativa no seu próprio processo de mudança, em grande parte devido à sua leitura, mostrando ter o poder intrínseco de se autorregular e de reorganizar a sua própria estrutura interna, tal como afirma a teoria centrada na pessoa. A intervenção terapêutica e a relação estabelecida criaram condições para que M. pudesse reorganizar-se e reencontrar a sua própria direção.

M. foi capaz de ultrapassar a sua visão fatalista e negativa acerca da doença, passando a encará-la com maior positivismo (e.g., “...*passei a vê-la como uma travessia no deserto, dura e difícil, mas no final alcançaria o oásis*”). Esta atitude positiva gerou uma maior serenidade no contexto familiar, contagiando e aproximando os membros familiares na tentativa de recuperar a harmonia e a paz que tinham perdido, bem como a valorizar os momentos de felicidade do dia-a-dia (e.g., M. – “... *aproveitar tudo o que temos e enquanto temos: a família, os amigos, os colegas e a natureza: o sol, o mar, as flores, os animais, o ar que respiramos*”).

O apoio familiar e da equipa de profissionais que a acompanharam durante todo o processo também se verificaram fatores essenciais na sua recuperação e na otimização do seu funcionamento emocional (e.g., M. – *“Tive sorte, pois tive a ajuda dos meus familiares e de uma vasta e excelente equipa de profissionais”*), tal como verificado em vários estudos (e.g., Monsanto et al., 2013).

A intervenção psicológica com M. passou também por uma vertente de aconselhamento, com vista a incentivar a manutenção de um estilo de vida ajustado às diferentes etapas da doença, alertando ainda para os cuidados a ter nas diferentes fases (diagnóstico, cirurgia, diferentes tratamentos, internamentos, alta). Desta forma, M. recebia apoio não só emocional, mas também informacional, o que, segundo vários estudos (e.g., Gatchel & Oordt, 2003), promove uma melhor qualidade de vida, bem-estar familiar e recuperação do paciente.

1.8. Reflexão pessoal.

Este caso mostrou-se um enorme desafio, sob o ponto de vista de que a cliente M. passou pela experiência de doença acometida a familiares bastante próximos e significativos e, pouco tempo depois, recebeu o seu diagnóstico de cancro da mama em que teve de se submeter a tratamentos de quimioterapia e radioterapia, uma intervenção cirúrgica e uma mastectomia bilateral e, posteriormente, hormonoterapia.

De uma forma geral esta doente possuía uma postura muito calma e sorridente quanto ao futuro, sempre que vinha às consultas trazia livros de autoajuda, o que fazia com que houvesse uma conversa ao nível das suas leituras e sobre o que os conteúdos das mesmas representavam na sua vida.

Uma das maiores dificuldades que senti neste caso estava relacionada com o estabelecimento da relação terapêutica com a cliente. Em contexto de consulta, senti que, muitas vezes, a cliente M. apresentava um autocontrolo relativamente às suas verbalizações e partilhas. Muitas das vezes, a cliente dava respostas esperadas e não respostas espontâneas e verdadeiras, mantendo uma postura algo defensiva, o que dificultava a relação terapêutica e de confiança. Não obstante, era muito afetuosa.

Senti também alguma dificuldade em conseguir abordar junto da cliente uma postura mais abrangente e positiva. Apesar de, nessa altura, a cliente já se encontrar numa fase em que o cabelo estava a crescer, e numa das fases finais do tratamento (hormonoterapia), ainda mostrava muito medo numa recidiva da doença e aguardava ansiosamente por parte do médico o diagnóstico de remissão completa. Apesar de alguma

ansiedade ser normal, o grau elevado da mesma tornava difícil uma abertura para que fossem focados aspetos positivos e conquistas já alcançadas. A cliente por vezes tinha uma postura rígida e exclusivamente focada nos aspetos negativos do seu historial clínico e conseguir que a mesma fosse capaz de contornar a sua angústia e exibir uma postura mais positiva e esperançada foi especialmente difícil.

Eventualmente, a cliente recebeu o seu diagnóstico de remissão que, por sua vez, culminou com a preparação à sua vida profissional e alta da consulta de psicologia. Foi essencialmente um desfecho feliz, com muito sofrimento no início e sucesso no final.

2. Caso Clínico 2

2.1. Apresentação do caso.

Nome: C.

Idade: 63 anos

Estado Civil: Casada

Escolaridade: 12º ano

Profissão: Educadora de infância

Motivo da consulta: M. C. foi encaminhada para a consulta de psicologia devido ao diagnóstico de cancro da mama metastático conferido na consulta de decisão terapêutica.

2.2. História pessoal.

C. nasceu em 1951, fruto de uma gravidez normal, parto natural e foi amamentada pela progenitora. Ao abordar o seu desenvolvimento na infância, C. não destaca nenhuma dificuldade ou anormalidade quanto às etapas normativas do mesmo. Descreveu como muito boa a sua infância em todos os aspetos (e.g., C. – “*Não podia ter sido melhor!*”), no entanto, destacou alguns sintomas infantis a nível da saúde física, nomeadamente o sarampo e a tosse convulsiva.

No que diz respeito à sua história conjugal, C. contraiu o matrimónio com o atual esposo quando tinha 20 anos de idade. Atualmente, os dois continuam casados. O seu cônjuge, um pouco mais velho, trabalhava como técnico de armazém e tem o 12º ano de escolaridade. C. descreveu-o como uma pessoa reta e caracterizou de forma positiva a sua

relação conjugal, embora salientando momentos de conflituosidade que atribui ao facto de terem temperamentos muito parecidos.

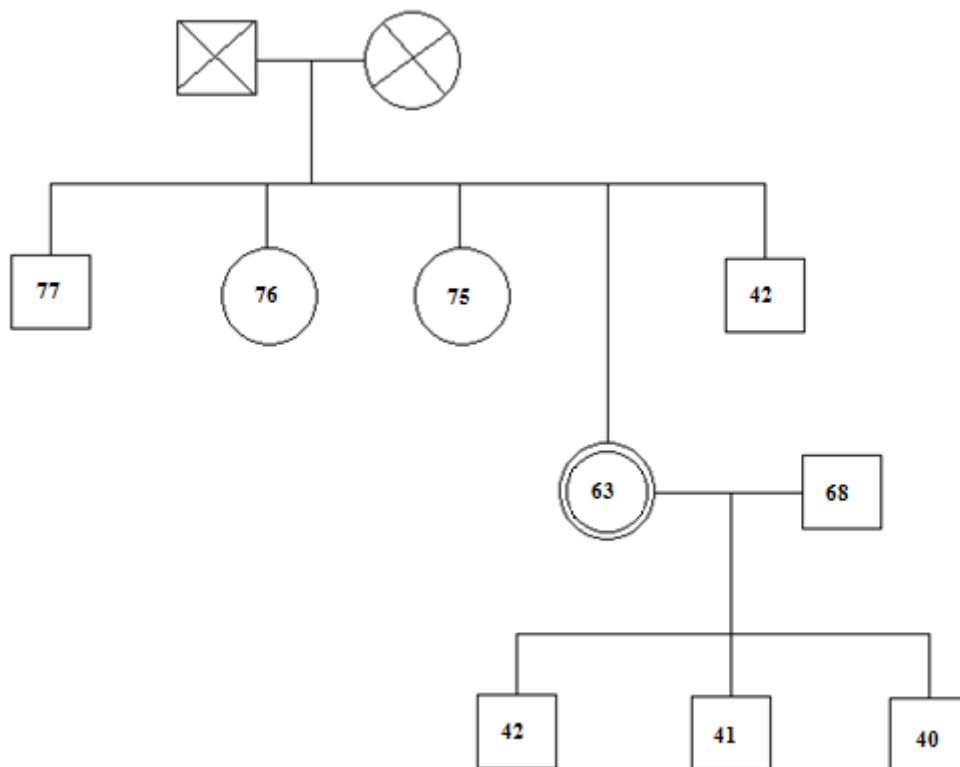
O casal tem três filhos, todos do sexo masculino e com idades muito aproximadas, e todos com educação secundária ou superior. C. evidenciou manter uma boa relação com os mesmos. O filho mais velho trabalha na área da Comunicação. C. descreveu-o como afável. O filho do meio trabalha na área da Saúde. C. descreveu-o como meigo. Por fim, o filho mais novo, trabalha na área Comercial. C. descreveu-o como querido.

No que concerne à sua atividade social em geral, C. apontou o convívio com familiares e amigos, o gosto pela literatura e pelo cinema como os seus principais interesses e atividades.

C. abordou um acontecimento de vida marcante, passado numa altura em que vivia em Lisboa com o marido e em que ambos eram donos de um negócio. C. afirmou que teria poupado uma quantia substantiva de dinheiro provindo do negócio de ambos e, ao descobrir que o marido tinha gasto todo esse dinheiro, reagiu negativamente, recorrendo à agressão física (e.g., C. – “... *fiquei tão furiosa que cheguei a casa e bati-lhe sem parar. Chorava muito e, simplesmente, ele deixou que lhe batesse.*”). Segundo C., a lembrança deste episódio tem-lhe causado sofrimento psicológico ao longo dos anos (e.g., C. – “*Fiquei com isto ao longo da minha vida entalado em mim com sentimento de culpa ao longo destes anos e acho que agi mal!*”).

2.3. História familiar.

Figura 6. *Genograma familiar de C.*



C. é a quarta filha de uma fratria de cinco, dos quais três são do sexo feminino e dois do sexo masculino. O pai e a mãe trabalhavam na rádio. C. descreveu o pai como um homem muito honesto, “despassarado” e muito humano, descrevendo a sua relação com o mesmo como, por vezes, um pouco complicada mas positiva no geral. A mãe foi descrita como extrovertida, simpática, e uma pessoa gostada por todos. A sua relação com a mesma foi descrita como afável e sempre presente.

O irmão mais velho, trabalha como agente de viagens. C. descreveu-o como uma pessoa reta e afirmou manter uma boa relação com o mesmo. A irmã mais velha, é licenciada e trabalha na Justiça. C. descreveu-a como disciplinada, afirmando a existência de muita cumplicidade na relação entre as duas. A irmã mais nova, trabalha como doméstica. C. descreveu-a como uma pessoa carinhosa e caracterizou como belíssima a relação que mantém com a mesma. Por fim, o irmão mais novo é licenciado e trabalha

como bancário. C. descreveu-o como introvertido e mantém uma boa relação com o mesmo.

C. descreveu de forma positiva as dinâmicas familiares atuais, considerando o ambiente familiar bom e a situação socioeconómica estável.

2.4. História clínica.

C. foi diagnosticada com um cancro da mama com metástases em 2014, após a realização de exames. Foi internada pois o estado avançado do tumor levou a equipa médica a equacionar um período de apenas cerca de dois meses de vida restantes. Assim, foi proposta a realização de quimioterapia paliativa, com vista a proporcionar uma melhor qualidade de vida durante os seus restantes meses.

A equipa médica determinou a realização de uma ressonância magnética, no entanto, C. teve que realizá-la mais tarde sob o efeito de anestesia, pois a claustrofobia impedia-a de prosseguir com o exame.

C. realizou três sessões de quimioterapia paliativa. Ao fim da terceira sessão, a sua evolução inesperada renovou as expetativas de melhoria e possibilidade de cura, levando a equipa médica a optar pela realização de quimioterapia para atacar o tumor e impedir a propagação das metástases. A realização da quimioterapia foi, posteriormente, aliada à realização de radioterapia. Revelou alguns efeitos secundários ao tratamento por quimioterapia, nomeadamente sensação de cansaço, falta de energia e fraqueza.

A par disto, C. padecia de uma patologia a nível circulatório, com risco de rompimento de uma artéria na perna, facto pelo qual lhe era dificultado o levantar e, por isso, encontrava-se na altura semi-acamada. C. realizou exames a fim de ser avaliada e resolvida esta situação clínica. Em junho de 2014, realizou com sucesso o primeiro levantar.

C. foi acompanhada em consulta de psicologia, pela psicóloga Eduarda Freitas e por mim. Foi sinalizada para acompanhamento psicológico pela enfermeira-chefe, pois apresentava um nível elevado de ansiedade e tristeza face à sua situação clínica e à realização do exame de ressonância magnética. Realizou um total de 16 sessões, em regime de internamento, entre março e junho de 2014. Teve alta hospitalar no mês de junho de 2014, com a continuação dos tratamentos em casa e de consultas de psicologia no hospital. Atualmente, passado cerca de um ano, encontra-se a realizar um novo ciclo de tratamentos e continua sob apertada vigilância médica. Anda com o auxílio de uma canadiana.

2.5. Observações.

O facto de C. já ter testemunhado previamente o sofrimento psicológico, emocional e físico experienciado pela sua mãe e pelo seu marido, que foram atingidos por doenças oncológicas, terá tornado mais difícil o conhecimento e aceitação da sua própria condição. O seu diagnóstico foi causador de grande sofrimento psíquico e emocional, agravado pela natureza terminal da patologia, levando-a a enfrentar a ideia do sofrimento físico, psicoemocional e, particularmente, da morte.

Uma vez que a sua situação clínica era tida como terminal, o vislumbre da morte era um aspeto muito evidente na C., provocando o aparecimento de pensamentos intrusivos acerca da morte, do seu próprio sofrimento e do sofrimento dos familiares, bem como a presença de sentimentos disfóricos, nomeadamente a tristeza, a insegurança, o medo relativamente ao futuro, aos tratamentos, ao sofrimento e à morte.

Estas manifestações de sofrimento psicológico e emocional de C. vão ao encontro dos principais sintomas psicoemocionais verificados em pacientes oncológicos de vários estudos (e.g., Dias & Durá, 2002; Rossi & Santos, 2003).

A par disto, C. evidenciou sinais de desconforto e sofrimento psicoemocional causado por cuidadores formais da equipa médica que a acompanhava, nomeadamente por ter experienciado uma falta de compreensão e sensibilidade dos mesmos face à sua fobia de lugares fechados, aquando a realização de um exame por ressonância magnética (e.g., C. – “*O médico foi insensível à minha fobia e não fez nada*”). Este exame foi causador de grande ansiedade para C. pois, reconhecendo a importância do mesmo, a sua responsabilidade e consciência entraram em conflito com o seu medo excessivo e a falta de conforto e apoio por parte dos profissionais de saúde aumentaram a sua angústia (e.g., sentiu-se desmotivada, com medo e chorosa).

C. evidenciou fragilidade psicológica e emocional face ao prolongamento do seu internamento. Nessa altura, encontrava-se internada há cerca de um mês e não havia perspectivas próximas de que pudesse voltar para casa. O facto de se encontrar semi-acamada devido ao risco de rompimento de uma artéria na perna tornava-a mais vulnerável e mais impaciente.

C. passou ainda por várias perdas psicológicas e lutos, não só de autonomia mas também do aspeto físico (e.g., os tratamentos químicos levaram-na a querer cortar o cabelo face à queda excessiva). Estas situações foram especialmente dolorosas pois C.

apresentava um significativo investimento em si e na sua apresentação exterior e imagem corporal.

Além disto, C. revelou uma apreensão antiga face ao episódio de violência contra o marido. O sentimento de culpa e a mágoa parecem persistir ao longo do tempo, causando desconforto e sofrimento psicológico prolongado.

C. revelou um agravamento de sentimentos disfóricos face a uma altura em que teve que mudar de quarto, pois havia uma doente que a perturbava. C. não gostava de estar sozinha no novo quarto e queixou-se da ausência da vista do mar que, segundo a mesma, lhe trazia uma sensação de calma.

Durante o internamento, C. foi muito acompanhada pelos filhos e pelo marido, os quais estavam constantemente presentes, evidenciando a presença de apoio emocional por parte dos familiares. Os sinais de sofrimento psicológico nestes familiares eram evidentes, não só pela vivência e testemunho do sofrimento de C., como ainda face à ameaça constante da sua morte e a conseqüente dor, luto e desestruturação familiar. Eram evidentes sintomas como tristeza, medo, ansiedade, frustração e sensação de impotência, raiva e desamparo; sinais de sofrimento psicológico que, segundo a literatura na área da psico-oncologia, são comumente verificados nos familiares mais próximos (e.g., Bennet, 2000; Gatchel & Oordt, 2003; Hart, 2008).

Apesar de todo o sofrimento, C. manifestava um imenso espírito de luta e otimismo que a ajudaram a ultrapassar os procedimentos terapêuticos, contrapondo os sentimentos de impotência e desespero.

2.6. Intervenção psicológica.

À semelhança do caso clínico 1, a intervenção psicológica realizada com C. também teve em consideração alguns pressupostos defendidos por Carl Rogers, acima mencionados. Além disso, uma vez que o seu estado era tido como terminal, a intervenção também seguiu uma linha predominantemente paliativa, com o objetivo de manter o máximo de qualidade de vida possível até à sua morte, que aconteceria dentro de cerca de dois meses, de acordo com a avaliação médica. Assim, a intervenção visou prevenir o sofrimento e desequilíbrio psicoemocional causado pelos sintomas e pelas múltiplas perdas físicas e psicológicas associadas à doença.

A intervenção centrou-se na importância da dignidade da C. como pessoa, ainda que doente, vulnerável e limitada; no alívio da dor e no atendimento das suas

necessidades individuais; no apoio à família; no respeito pelo seu livre arbítrio, individualidade, autonomia e tomada de decisões.

Alguns dos pressupostos defendidos pela terapia centrada na pessoa de Carl Rogers, já mencionados no primeiro caso clínico, refletiram-se significativamente na postura de C. ao longo do tempo. A paciente não se limitou a sucumbir ao sofrimento da sua condição de saúde, mesmo apesar do impacto negativo causado sobre o seu bem-estar. C. demonstrou um incrível espírito de luta e perseverança, o qual foi crucial para a manutenção do seu equilíbrio psicoemocional e que, eventualmente, foi recompensado com grandes melhorias inesperadas na sua condição clínica.

Foi dada grande importância à existência de um cuidado humanizado a C. Desta forma, o tipo de relacionamento que se pretendia estabelecer com a paciente, implicou a nossa presença ativa e a comunicação da nossa disponibilidade. A comunicação verbal e não-verbal focou-se na possibilidade de partilha do sofrimento, reduzindo assim o stress psicológico de C., bem como a expressão da nossa preocupação pelos seus sentimentos, emoções e pensamentos. De facto, estudos indicam que os pacientes evidenciam a importância sobre o modo como as mensagens e informações lhes são transmitidas pelos profissionais de saúde, valorizando a expressão de palavras, posturas e atitudes que revelem atenção e cuidado (e.g., Araújo & Silva, 2007).

Não obstante, tomou-se o cuidado de que a conversa e o relacionamento estabelecido não fossem focados apenas na doença e na morte. Estudos indicam que os pacientes valorizam o otimismo, o bom humor e a alegria tanto em si mesmos, como nos profissionais de saúde com quem convivem e que estes fatores proporcionam uma forma de aliviar a ansiedade e a insegurança, para além de servirem como um mecanismo de *coping* para lidar com questões opressivas (e.g., Astedt-Kurki & Isola, 2001; Dean & Gregory, 2009). Desta forma, tentou-se manter um certo otimismo nas conversas, divergindo os temas e assuntos e permitindo manter uma certa normalidade na vida de C., apesar da doença, tentando que a mesma interferisse o mínimo possível na sua qualidade de vida.

Aquando a realização do exame por ressonância magnética, tentámos contornar a sua ansiedade, proporcionando conforto e confiança mas, acima de tudo, compreensão e apoio relativamente aos seus medos. Foram equacionadas, junto com C., alternativas para conseguir realizar o exame com o mínimo de ansiedade possível, até que surgiu a possibilidade de realizá-lo sob o efeito de anestesia.

Uma vez que C. evidenciava um sofrimento psicológico prolongado face ao episódio de violência contra o marido, considerámos importante trabalhar o sentimento de culpa através da expressão das emoções negativas e da ponderação de soluções para a amenização das mesmas. Foi discutida a possibilidade de conversar abertamente com o marido, comunicando os sentimentos negativos que a acompanham, na tentativa de conseguir perdoar-se a si mesma.

A decisão de cortar o cabelo após a queda excessiva, causada pelo primeiro tratamento de quimioterapia, originou um sofrimento significativo para C., visto que a mesma evidenciava um investimento expressivo na sua imagem física. Foi importante a nossa presença e apoio quer no momento da decisão, como no momento em que a mesma se realizou. O nosso envolvimento visou ainda reforçar a autoestima de C. e devolver-lhe o desejo para continuar a cuidar da sua apresentação exterior (e.g., reforçando o uso da prótese capilar durante o dia e visitas, bem como a maquilhar-se).

Uma vez que a intervenção com C. visava o atendimento às suas necessidades, sentimos a necessidade de intervir junto da enfermeira-chefe aquando a mudança de C. para o isolamento, pois esta mudança mostrou-se perturbadora para a paciente, comprometendo o seu bem-estar psicoemocional. Assim, optou-se pelo regresso de C. ao quarto inicial e pela mudança de quarto da paciente que a tinha perturbado durante vários dias.

Com vista a promover o seu bem-estar e a renovação de forças a nível psicológico e emocional, incentivámos C. a realizar uma visita a casa, com o objetivo de poder usufruir do afeto e proximidade familiares, reforçando o seu sistema de apoio e ajudando-a a enfrentar a doença e a suportar os períodos de sofrimento. C. passou um fim-de-semana junto da família, o qual se revelou um importante momento terapêutico de alívio do stresse psicológico causado pela doença, pelos tratamentos e pelo período de internamento prolongado.

O apoio familiar também foi uma parte importante da intervenção psicológica do presente caso, visto que os membros familiares mais próximos de C. evidenciavam sinais de sofrimento psicológico. Este apoio focou-se essencialmente na amenização da revolta e angústia dos membros familiares, disponibilizando a abertura ao diálogo, à expressão de emoções negativas, exibindo uma postura empática, recetiva e de conforto.

C. reconheceu o apoio psicológico como fundamental para a melhoria do seu bem-estar e equilíbrio psicoemocional durante todo este doloroso processo e, ainda, como um estímulo à condução de mudanças a nível pessoal (e.g., C. – “... *estou fazendo as*

pazes com o meu passado e assim estou melhor (...) com a vossa ajuda estou a melhorar”). O cuidado humanizado que conseguimos fornecer a C., procurando vê-la e respeitá-la na sua individualidade, preservando a sua autonomia, disponibilizando uma presença verdadeira e legítima e um diálogo autêntico, criou condições para que se estabelecesse um relacionamento de confiança e estima. A qualidade do relacionamento estabelecido favoreceu a partilha de problemas pessoais alheios à esfera da doença, permitindo que parte da intervenção se focasse na redução do sofrimento aliado a esses problemas e na condução ao surgimento de respostas ajustadas para os mesmos.

Atualmente, já se passaram 12 meses desde que C. recebeu um trágico diagnóstico que lhe garantia apenas mais dois meses de vida. C. apresenta uma postura mais positiva face à sua condição clínica, procurando preservar a harmonia e paz interior e a valorizar todas as pequenas conquistas a nível pessoal e clínico (e.g., C. – “ (...) *um dia de cada vez*”). Encontra-se a realizar um novo ciclo de tratamentos terapêuticos e continua a frequentar as consultas de psicologia.

2.7. Reflexão pessoal.

Este caso era deveras complicado pois o diagnóstico que a cliente C. recebeu por parte da equipa multidisciplinar na Consulta de Decisão Terapêutica apresentava-se como um caso paliativo. A cliente tinha metástases espalhadas pelo corpo e uma esperança de vida de dois meses, além de se encontrar, na altura, semi-acamada por um outro problema grave.

A nossa intervenção começou no seu internamento, um dia depois da comunicação do diagnóstico, pois a cliente apresentava desde início muita tristeza, ansiedade e angústia.

Uma das dificuldades mais sentidas relativamente a este caso teve a ver com o estado emocional da cliente. Estava confusa, perdida e com reações emocionais muito fortes e facilmente despoletáveis. Além disso, a cliente não estava totalmente ciente do seu estado terminal, talvez porque o seu marido também teria sido doente oncológico e revelou-se um caso de sucesso. Por estas duas razões, a nossa abordagem teve de ser especialmente cuidadosa.

Outra das dificuldades sentidas neste caso deveu-se ao facto de que, estando ao corrente de toda a situação clínica da cliente através da equipa médica, foi fácil sentir empatia pela mesma, mas difícil controlar o envolvimento emocional neste caso. A supervisão e orientações fornecidas pela minha orientadora ajudaram-me a conseguir o

distanciamento requerido para evitar o envolvimento pessoal nos casos sem, no entanto, prejudicar a qualidade da relação terapêutica e a capacidade empática.

Foi feito um acompanhamento quer no internamento, quer em consulta externa e, ao longo da intervenção, a relação terapêutica foi progredindo. Este caso foi vivido com entusiasmo pois a cliente conseguia apresentar melhorias surpreendentes ao nível da sua situação clínica, chegando a alterar as decisões terapêuticas com base no seu progresso inesperado (em vez da quimioterapia paliativa inicialmente prescrita, foi determinada a realização de quimioterapia curativa; ao nível da reabilitação foi realizado gradualmente o seu levante, conseguido com sucesso e conferindo-lhe alguma autonomia). Ao nível da psicologia conseguiu-se trabalhar outros aspetos não resolvidos da sua vida antes da doença e melhorá-los, o que representou uma conquista importante do trabalho terapêutico.

Um dos aspetos que mais me cativou neste caso foi a força interior demonstrada pela paciente que, apesar da doença grave e do estado terminal, conseguia manter uma postura positiva, de fé e de esperança. Foi um caso de sucesso quer a nível médico, quer a nível da psicologia, estabelecendo-se perante a comunidade hospitalar e perante nós como psicólogas, um caso de como a vida pode ser prolongada com um trabalho e esforço diários da cliente e da equipa de saúde.

Presentemente, a cliente C. encontra-se a fazer os seus ciclos de quimioterapia e radioterapia, tem a sua autonomia e encontra-se em casa junto da sua família. Encontra-se a escrever um livro sobre a sua experiência; é uma pessoa de fé e esperança. Este caso em particular, foi um dos que mais me ajudou a saber “olhar” a pessoa para além da doença.

Conclusão

O estágio curricular deu-me a oportunidade de conhecer duas instituições, únicas da Madeira, onde se prestam serviços a nível da psicologia numa perspetiva mais abrangente de quem usufrui dos serviços do SESARAM. Permitiu-me desempenhar uma multiplicidade de tarefas e trabalhar com uma diversidade de problemáticas e pessoas, que me enriqueceram tanto a nível profissional, como a nível pessoal.

Consegui estar em contacto direto com a realidade prática do trabalho do psicólogo da saúde e perceber o seu real papel no contexto hospitalar, ao nível dos Serviços de Psiquiatria, de Neurologia, de Ginecologia e de Ginecologia/Obstetrícia. Permitiu-me trabalhar com equipas multidisciplinares, onde percebi que a intervenção do psicólogo melhora a qualidade de vida dos utentes e promove e sinaliza necessidades que poderiam passar despercebidas aos olhos da equipa médica.

A passagem pelo Serviço de Neurologia permitiu-me ter um contacto direto com a equipa de neurologistas e neurocirurgiões que nos incluíam nas suas visitas aos internamentos e discussão de casos. Esta equipa de profissionais realçava, junto dos pacientes do serviço, o papel do psicólogo e a importância da nossa presença e intervenção, quer junto dos próprios doentes, quer junto dos seus familiares e equipa de enfermagem. Assim, considero que este foi o serviço que mais valoriza o trabalho do psicólogo da saúde no contexto hospitalar. Fomos sempre solicitadas para acompanhar casos quando a equipa deste serviço constata que os pacientes necessitavam do nosso apoio. De facto, no Serviço de Neurologia, a nossa área de intervenção é especificamente delicada, pois engloba pessoas acidentadas, com tumores, hérnias e problemas de coluna o que, geralmente, implica que permaneçam um longo período de tempo no hospital e, com isso, também os seus familiares, verificando-se uma grande ansiedade por parte dos mesmos na evolução da recuperação.

No Serviço de Ginecologia, onde a maior parte dos casos eram oncológicos de mama, uma vez mais foi-me permitido trabalhar com equipas multidisciplinares que também faziam a discussão de casos e, *a posteriori*, davam o diagnóstico ao doente. Aqui, o psicólogo fazia intervenção breve em crise, prestando assim um primeiro apoio após a comunicação do diagnóstico, o que me permitiu trabalhar e gerir o meu stresse e a minha própria rapidez na ajuda.

O Serviço de Ginecologia foi aquele em que mais permaneci, o que propiciou a criação de laços com as equipas de enfermagem, auxiliares médicos e administrativas, permitindo assim uma melhor comunicação e acompanhamento dos pacientes.

No caso dos internamentos, estive em contacto permanente entre o fim da vida e a morte, o que me fez refletir sobre o meu próprio conceito de morte e permitiu-me concluir que cada pessoa tinha de ser vista para além da sua doença; tinha de ser vista na sua globalidade e complexidade enquanto pessoa. Mais ainda, a própria pessoa precisava de sentir que existia para além da doença. A nossa atuação enquanto psicólogas visava a recuperação da dignidade do doente, valorizando a sua história e combatendo a perda de identidade causada pelo sentimento de impotência face à doença. Assim, percebi que a abordagem feita a cada paciente por parte do psicólogo visa humanizar e não apenas debitar teoria; há que se “ver com o coração”, com empatia e com respeito pela dignidade humana.

Na intervenção psicológica e em contexto de consulta debati-me com a angústia das pessoas face a um diagnóstico grave. As pessoas passavam a ter um estatuto de doentes oncológicas, vendo-se ameaçadas face à sua própria sobrevivência e autonomia e passavam a ter contacto com novos ambientes e transformações em contexto de tratamento e mudança física. Passavam a ter um futuro incerto e cada dia passava a ter maior importância do que a ideia de uma vida longa; deixavam de pensar a longo prazo para começar a pensar a curto. Ajudámos estas pessoas a ter consciência da sua doença, ajudando-as a controlar a ansiedade. Muitas vezes, as visitas ao internamento permitiram que os pacientes falassem sobre a sua vida em geral e não apenas acerca da doença. Com isto, aprendi que existirá nos pacientes um conjunto de pensamentos e sentimentos que nunca iremos conseguir experienciar, pois será consequência da própria doença e das transformações interiores que ela provoca. No entanto, concluí que em casos de diagnósticos graves, havia uma necessidade de “despir” a minha própria alma consoante cada caso, tornando-me completamente disponível e receptiva, personalizando cada paciente e cada patologia, sem generalizar.

Todas estas experiências e reconhecimentos transformaram-me e fizeram-me capaz de criar um ambiente de tranquilidade e de paz, deixando claro que estava presente de corpo e alma, escutando ativamente os pacientes e demonstrando uma preocupação genuína para com os mesmos. Assim, fui capaz de melhorar a minha capacidade de conseguir transmitir empatia, compaixão, um sentimento de entrega, bem como a capacidade de me “despir” de preconceitos, respeitando as escolhas, os pontos de vista e

a fé de cada paciente, compreendendo o impacto que detinham sobre os mesmos. Percebi que era muito importante para os pacientes, proporcionar-lhes momentos de paz e sensação de realização perante as adversidades que antes da doença não se tinham resolvido, bem como ajudar os pacientes terminais a assegurarem-se de que os seus dependentes e familiares ficariam acompanhados e seguros.

Consciencializou-me a perceber onde começa a ajuda terapêutica e a minha abordagem enquanto estagiária a um paciente, particularmente doentes oncológicos e terminais, e lidar com os seus familiares que, muitas das vezes, se encontravam em negação da doença do seu ente querido. Ajudou-me a saber adequar a minha abordagem e postura face a esses pacientes, não me focando em grandes tarefas mas em pequenas vitórias diárias.

Uma das maiores dificuldades e, ao mesmo tempo, desafios em relação a este estágio foi conseguir aprender a lidar com as emoções dos pacientes e com as minhas próprias emoções. Num contexto em que estava constantemente presente uma enorme carga emocional, quer provinda dos pacientes e familiares, quer subjacente nos técnicos de saúde e equipas administrativas, foi difícil aprender a controlar as minhas emoções, de modo a que não existisse um envolvimento pessoal nos casos. Todo o contexto de adversidade, de doença, de morte, de angústia e de sofrimento das pessoas provocou-me, por vezes, uma forte reação emocional (e.g., chorei várias vezes na casa-de-banho dos internamentos), contudo, ao longo da minha evolução e trabalho, juntamente com as reflexões junto da minha orientadora e da validade das orientações recebidas, fui criando mecanismos de *coping* e de entendimento da morte como parte integrante da vida, como uma última etapa.

Todas as atividades realizadas ao longo do estágio permitiram-me aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica, bem como a aquisição de novos conhecimentos e competências técnicas e profissionais. Aprendi a construir histórias clínicas segundo o protocolo estabelecido pela instituição, a acompanhar pacientes em quimioterapias neo-adjuvantes e radioterapia, onde a queda de cabelo é eminente e as transformações corporais e o medo de morrer são constantes. Tive também a percepção da duração das consultas, aprendendo a gerir e mediar o tempo médio e o tempo máximo. Familiarizei-me com uma variedade de testes psicológicos da avaliação global da pessoa, onde um dos desafios foi compreender e aplicar o Teste de Rorschach. O estágio deu-me ainda ferramentas muito úteis para trabalhar em equipa de uma forma

coesa e respeitadora, moderando e facilitando a comunicação entre os diferentes profissionais da saúde.

Toda a minha experiência neste estágio permitiu-me trabalhar imenso a minha compreensão empática e flexibilidade, distinguindo o meu próprio ponto de vista à luz da neutralidade e do ponto de vista do paciente, permitindo-me a mim mesma uma maior abertura e a quebra dos meus próprios medos e tabus. Acima de tudo, consegui perceber que o trabalho do psicólogo vai muito para além de uma consulta; assenta, sobretudo, na relação estabelecida com o cliente.

Referências Bibliográficas

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). The health belief model. In Conner, & P. Norman (Eds.) *Predicting health behavior* (2nd ed.) (pp. 28-81). Berkshire: McGraw-Hill.
- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Angerami-Camon, V. A. (2010). *Psicologia hospitalar. Teoria e prática*. São Paulo: Cengage Learning.
- Anton, D. M., & Mendez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación em psicología de la salud. In Miguel Angel Simon (Ed.), *Psicologia de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 217-256). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, Psicología Universidad.
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Escolar de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 1(4), 668-674.
- Assunção, A. T., & Tocci, H. A. (2003). Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UNISA*, 4, 5-12.
- Astedt-Kurki, P., & Isola, A. (2001). Humor between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 452-458.
- APA – American Psychological Association (2004a). *Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost-Effective Treatment*.
- APA – American Psychology Association (2004b). *What a Health Psychologist Does and How to Become One*.
- APA – American Psychology Association (1998). Practice pointer: Psychology practice in primary care settings. *Practice Directorate, American Psychological Association*, <http://www.apa.org/practice/pu/jun98/primary.htm>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.

- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. doi:10.1080/07347332.2012.684856
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários, 23.
- Bertero, C. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and quality of life. *Psycho-Oncology*, 11, 356-364.
- Bond, T. (1995). The nature and outcomes of counselling. In Jane Keithley, & Geoffrey Marsh (Eds.), *Counselling in primary health care* (pp. 3-26). Oxford: Oxford University Press.
- Carmo, P., & Parracho, D. (2000). *Sistema interpretativo do Rorschach de John Exner. Manual de aplicação, codificação e elaboração do sumário estrutural, Vol. II*. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada e Formação.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2002a). Psicologia da saúde e prevenção do cancro: Adesão a rastreios oncológicos. *Psicologia: Teoria, Investigação & Prática*, 2, 193-207.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2002b). Psicologia da saúde em Portugal. Panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20 (1), 165-170.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2004a). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 3(12), 441-448.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2004b). Comunicação em saúde. Relação técnicos de saúde-utentes. Notas didáticas. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2007). A psicologia e o centro de saúde do século XXI. *Análise psicológica*, 25(2), 311-313.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(3), 48-57.

- Chiattonne, H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica* (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Chochinov, H. M., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Halos (2005). Dignity Therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 24(23).
- Cocksedge, S., & Ball, V. (1995). Quality and training. In Jane Keithel, & Geoffrey Marsh (Eds.), *Counselling in primary health care* (pp. 82-97). Oxford: Oxford University Press.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). Predicting health behaviour: A social cognitive approach. In M. Conner, & P. Norman (Eds.) *Predicting health behavior* (2nd ed.) (pp. 1-28). Berkshire: McGraw-Hill.
- Conner, M., & Sparks, P. (2005). Theory of planned behaviour and health behaviour. In Conner, & P. Norman (Eds.) *Predicting health behavior* (2nd ed.) (pp. 170-223). Berkshire: McGraw-Hill.
- Corney, R. (1999). Evaluating clinical counselling in primary care and the future. In John Lees (Ed.), *Clinical counselling in primary care* (pp. 174-193). London and New York: Routledge.
- Cruz, C. F. (2011). *Projeto de uma clínica de imagiologia dedicada à mama*. Mestrado Integrado em Bioengenharia – Engenharia Biomédica. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Curran, D., Van Dongen, J. P., Aaronson, N., Kiebert, G., Fentiman, I. S., Mignolet, F., et al. (1998). Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: Results of EORTC trial 10801. *European Journal of Cancer*, 34, 307-314. doi:10.1016/S0959-8049(97)00312-2
- Daines, B., Gask, L., & Usherwood, T. (1997). *Medical and psychiatric issues for counselors*. London: Sage Publications.

- Davy, J. (1999). A biopsychosocial approach to counseling in primary care. In Robert Bor & Damian McCann (Eds.), *The practice of counselling in primary care* (pp. 24-41). London: Sage Publications.
- Dean, R. A., & Gregory, D. M. (2004). Humor and laughter in palliative care: an ethnographic investigation. *Palliative & Support Care*, 2(2), 139-148.
- Degner, L., Kristjanson, L., Bowman, D., Jeffrey, A., Carriere, K., O'Neil, J., & Mueller, B. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *The Journal of the American Medical Association*, 277, 1485-1492. doi:10.1001/jama.1997.03540420081039
- Dias, M.R., & Durá, E. (2002). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Domingues, G. R., Alves, K. O., Carmo, P. H. S., Galvão, S. S., Teixeira, S. S., & Balduino, E. F. (2013). A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 02-24.
- Dryden, W., & Feltham, C. (1994). *Developing counselor training*. London: Sage Publications.
- Egan, G. (1986). *The skilled helper* (3rd ed). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). *GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
- Figueiredo, A.P., Ferreira, L., & Figueiredo, P. (2001). Impacto psico-social do cancro da mama. *Enfermagem Oncológica*, 17, 22-27.

- Francisco, J., Carvalho, M., & Baptista, A. (2008). Optimismo, estratégias de coping e ajustamento emocional em indivíduos com doenças do foro oncológico. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Acta do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde "Intervenção em Psicologia e Saúde"*. Lisboa: ISPA Edições.
- Forshaw, M. (2002). *Essential health psychology* (pp.127-137). London: Arnold.
- Gatchel, R. J., & Oordt, M. (2003). *Clinical health psychology and primary care* (pp. 3-19). Washington: American Psychological Association, APA Books.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.
- Giemenes, M. (1988). *A influência de fatores psicossociais na sobrevida do câncer de mama*. Projeto apresentado e aprovado pelo CNPq, processo 405502/88.
- Giemenes, M. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In: Carvalho, M. M. M. L. (Org.) *Introdução à psicooncologia* (pp. 35-56). Campinas: Editorial Psy.
- Haber, S. (Org.) (2000). *Câncer de mama, manual de tratamento psicológico*. Barcelona: Paidós.
- Hart, C. (2008). *Câncer: uma abordagem psicológica*. Porto Alegre: AGE.
- Hawthorne, D. L., & Yurkovich, N. J. (2003). Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. *Palliative Support Care*, 1(3), 261-265.
- Higginson, I. J., & Constantini, M. (2002). Accuracy of prognosis estimates by four palliative care teams: a prospective cohort study. *BMC Palliative Care* 1(1).
- Johnston, M., & Weinman, J. (1995). Health psychology. In *British Psychological Society: Professional Psychology Handbook* (pp. 61-68). Leicester: BSP Books.
- Julião, M. (2003, Dezembro 07). A pessoa existe para além da doença. *Jornal Sol*. Disponível em: <http://www.sol.pt/noticia/94300>

- Keating, N., Guadagnoli, E., Landrum, M., Borbas, C., & Weeks, J. (2002). Treatment decision making in early-stage breast cancer: Should surgeons match patients' desired level of involvement? *Journal of Clinical Oncology*, 20, 1473-1479. doi:10.1200/JCO.20.6.1473
- Kornblith, A. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.
- Kübler-Ross, E. (1969/2014). *On death and dying*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Kübler-Ross, E., Kessler, D., & Shriver, M. (2014). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século Editora.
- Lepola, T. (2001). Being a brain tumor patient: a descriptive study of patient's experiences. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3).
- Lieberman, M. A., & Goldstein, B. A. (2006). Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160–168.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). In Conner, & P. Norman (Eds.) *Predicting health behavior* (2nd ed.) (pp. 127-170). Berkshire: McGraw-Hill.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice* (pp. 3-24). London: Sage Publications.
- Marques, A. (1994). *Reacções emocionais à doença grave: Como lidar*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.
- McLeod, J. (1992). The general practitioner's role. In Mike Sheldon (Ed.), *Counselling in general practice* (pp. 8-14). London: Royal College of General Practitioners, Clinical Series.
- Mello Filho, J., & Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje*. (2a ed.). Artmed.

- Mencarelli, V. L., Bastidas, L. S., & Aiello Vaisberg, T. M. J. A. (2008). A difícil notícia da síndrome de imunodeficiência adquirida para jovens: considerações psicanalíticas com base na perspectiva winnicottiana. *Psicologia: teoria e prática*, 10(2), 106-120.
- Monsanto, F., Lança, C., Sá, A. C., Coelho, C. M., & Carolino, E. (2013). Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama. *Saúde e Tecnologia*, 9, 40-44.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In Moos, R. H. (ed.). *Coping with Physical Illness, 2: New Perspectives*. New York: Plenum Medical Book Co. (pp. 3-25).
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 263-270. doi:10.1016/j.ejon.2010.04.001
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2).
- Moretto, M. L. T. (2005). *O que pode um analista no hospital?* (2ª ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mosimann, L. T. N. Q., & Lustosa, M. A. (2011). A psicologia hospitalar e o hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 200-232.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16, 284-298. doi:10.1037//0278-6133.16.3.284
- Moyer, A., & Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 110-125. doi:10.1007/BF02909583
- Norman, P., Boer, H., & Seydel, E. R. (2005). Protection motivation theory. In Conner, & P. Norman (Eds.) *Predicting health behavior* (2nd ed.) (pp. 81-127). Berkshire: McGraw-Hill.

- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A textbook* (5th ed.) (pp. 1-14). Berkshire: McGraw-Hill.
- Oliveira, M. F., Luginger S., Bernado, A., & Brito M. (2004). *Morte – intervenção psicológica junto da família do paciente terminal*. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/IntervencaoPsicologicaJuntoaFamiliadoPacienteTerminal.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2009). Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- Pais-Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Patrão, I. A. M. (2007). *O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1 (1), 33-55.
- Papadopoulos, L., & Bor, R. (1998). Psychological counselling in primary health care: A review. In Petruska Clarkson (Ed.), *Counselling psychology: Integrating theory, research and supervised practice* (pp. 119-133). London and New York: Routledge.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183-193.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. (M. H. F. Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus.
- Perestrello, D. (1989). *A medicina da pessoa* (4ª ed). São Paulo: Editora Atheneu.

- Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica, Santiago*, 12(2), 231-242.
- Pimentel, J. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pizer, H., & Palinski, C. (1981). *Coping with miscarriage*. New York: American Library.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (2002). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In: T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 3-12) New York: The Guilford Press.
- Quayle, J. M. B. R. (1985). *Aspectos emocionais do abortamento espontâneo habitual*. Dissertação. São Paulo: Pontífice Universitária de São Paulo.
- Ribeiro, J.P. (1994). A importância da qualidade de vida para a saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, 179-191.
- Ribeiro, J.P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. Dias & E. Durá (Coords.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, C. B., Almeida, C. C., & Gomes, V. S. (2000). *Sistema interpretativo do Rorschach de John Exner. Manual de aplicação, codificação e elaboração do sumário estrutural, Vol. I*. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada e Formação.
- Rodríguez-Marín, J. (2003). En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital: Pasado, presente y futuro del psicólogo hospitalario. In Remor, E., Arranz, P., & Ulla, S. (org.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 831-863). Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicología.
- Rogers, C. R. (1951/2004). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Edual – Editora da Universidade de Lisboa.
- Rogers, C. R. (1961/2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Roizblatt, R. (1983). Depresión pos aborto - estudio de casos y controles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 11(5), 391-394.

- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia, ciência e profissão*, 23(4), 32-41.
- Rowland, N. (1992). Counselling and counselling skills. In Mike Sheldon (Ed.), *Counselling in general practice* (pp. 1-7). London: Royal College of General Practitioners, Clinical Series.
- Sanders, D. (1996). *Counselling for psychosomatic problems*. London: Sage Publications.
- Schain, W., D'Angelo, T., Dunn, M., Lichter, A., & Pierce, L. (1994). Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy: Psychosocial consequences. *Cancer*, 73, 1221-1228. doi:10.1002/1097-0142(19940215)73:4<1221::AID-CNCR2820730416>3.0.CO;2-S
- Scott, M. J., & Dryden, W. (1996). The cognitive-behavioural paradigm. In Ray Woolfe, & Windy Dryden (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (pp. 156-179). London: Sage Publications.
- Sebastiani, R.W. (1998). Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In: A.V. Angerami (Org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Sebastiani, R. W. (2003). *Psicologia da saúde no Brasil: 50 anos de história*. Disponível em: <http://www.nemeton.com.br>
- SESARAM (s. d. a). *Sobre o SESARAM: Quem somos*. Disponível em: http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=10
- SESARAM (s. d. b). *Registo biográfico de Dr. Nélío Mendonça*. Disponível em: http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=10
- Shell, J. (2000). Impacto do cancro na sexualidade. In S. Otto (Ed.), *Enfermagem em oncologia* (pp. 913-938). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Simon, M. A. (Ed.) (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

- Simonetti, A. (2011). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença* (6ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sousa, K. C., & Carpigiani, B. (2010). Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 97-108.
- Stack, J. (1984). The psychodynamics of spontaneous abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 162-167.
- Thors, C. L., Broeckel, J. A., & Jacobsen, P. B. (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, 5, 442-448.
- Trill (2003). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 7(3), 569-576.
- Trindade, I. (2000). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. In Isabel Trindade, & José A. Carvalho Teixeira (Eds.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 37-46). Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários, 17.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1(18), 3-14.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2002). Psicologia em serviços de saúde. Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171-174.
- Turkington, C., & Krag, K. (2005). *The encyclopaedia of breast cancer*. New York: Facts On File, Inc.
- Waisberg, A. D., Veronez, F. S., Tavano L. D., & Pimentel, M. C. (2008). A atuação do psicólogo na unidade de internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 52-65.
- Wanderley, K. S. (1994). Aspectos Psicológicos do Câncer de Mama. In: Carvalho, M. M. L. *Introdução à psicooncologia* (pp. 95-101). Campinas: Editorial Psy.

- Wideheim, A., Edvardsson, T., Pahlson, A., & Ahlström, G. (2002). A family's perspective on living with a highly malignant brain tumor. *Cancer Nursing*, 25(3), 236-244.
- Worden, J. W. (2009). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (4thed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Yanamoto, O. H., Trindade, L. C. B., & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no rio grande do norte. *Psicologia USP*, 13(1), 217-246.
- Yurek, D., Farrar, W., & Anderson, B. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 697-709. doi:10.1037//0022-006X.68.4.697.
- Zen, O. P., & Brustcher, S. M. (1986). Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente em cirurgia. *Enfoque*, 14(1), 4-6.

