



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

A PRÁTICA DE PSICOLOGIA CLÍNICA EM CONTEXTO DE
CUIDADOS PALIATIVOS

Relatório de Estágio para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e do
Aconselhamento

Autor: Fernando Carlos Antunes Rebelo

Orientadora: Professora Doutora Maria Odete das Neves Fernandes dos Santos Nunes

Número do candidato: 30000430

Julho de 2022

Lisboa

“You’re only given one little spark of madness, you mustn’t lose it.”

(Robin Williams)

Agradecimentos

Este relatório de estágio teve um contributo marcante e essencial na minha aprendizagem académica, sendo inserido também em contexto profissional. Todo o conjunto de experiências e conhecimentos adquiridos durante o decorrer deste estágio foram essenciais para o meu desenvolvimento pessoal e académico, tendo contribuído para a minha evolução enquanto futuro profissional do ramo da psicologia.

Gostaria de agradecer à Universidade Autónoma de Lisboa e à Instituição de Estágio, por todos os conhecimentos transmitidos e pela oportunidade de estágio fornecida.

Não podendo deixar de mencionar a importância de alguns dos meus colegas de curso por todo o conhecimento, partilhas e experiências vividas.

Os meus sinceros agradecimentos por todo o apoio, disponibilidade e orientação durante o seminário de estágio por parte da Professora Doutora Odete Nunes e da Professora Doutora Rute Brites.

Ao Professor Doutor João Hipólito, pela motivação, sentimento de inspiração e privilégio de o ter tido conhecido e pelo orgulho de o ter tido como professor.

Um especial agradecimento ao meu orientador de estágio, Dr. Hugo Lucas, por toda a acessibilidade, paciência, orientação, motivação e ensinamentos facultados ao longo destes meses, que tornaram esta experiência bastante enriquecedora e gratificante, pelo voto de confiança que me proporcionou e por todo o seu profissionalismo que acabou por se tornar uma figura de referência para mim.

Agradeço também toda a persistência, incentivo e motivação da minha namorada que, ao longo de todo o percurso, demonstrou o seu apoio incondicional e à minha família pelo suporte, carinho e força, que sempre tiveram e me deram desde o primeiro dia académico.

Um sincero e último obrigado ao meu tio Afonso que contribuiu para as minhas aprendizagens, em especial no seu último ano de vida que foi em contexto hospitalar de cuidados paliativos.

Resumo

O presente relatório de estágio académico ilustra o trabalho final, na vertente profissionalizante, para obtenção e conclusão de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa.

Este estágio, supervisionado pelo orientador de estágio Dr. Hugo Lucas e como orientadora de relatório de estágio pela Doutora Odete Nunes, realizou-se numa Instituição de cuidados de saúde, na Unidade de Cuidados Paliativos com o intuito de colocar em prática os conhecimentos desenvolvidos durante o percurso académico e absorver novas aprendizagens, adquiridas através da observação do papel do psicólogo.

O relatório inicia-se com a contextualização do local de estágio, apresentando o seu historial e características, seguido do papel do psicólogo na instituição e as problemáticas existentes. Numa segunda parte, está presente o enquadramento teórico, com as abordagens e instrumentos utilizados e por fim, numa terceira parte, o trabalho de estágio, onde está caracterizado a apresentação dos casos clínicos assim como a seu acompanhamento e avaliação.

Palavras-chave: Estágio Curricular; Psicologia Clínica; Cuidados Paliativos;

Abstract

This academic internship report illustrates the final work, in the professional aspect, for obtaining and completing the Master's degree in Clinical Psychology and Counseling, at the Autonomous University of Lisbon.

This academic internship, supervised by Dr. Hugo Lucas and as supervisor of the internship report by Doctor Odete Nunes, took place in an Institution of Health Care, in the Palliative Care Unit with the aim of putting into practice the knowledge developed during the academic course and absorbing new learnings, acquired through the observation of the role of the psychologist.

The report begins with the contextualization of the internship location, presenting its history and characteristics, followed by the role of the psychologist in the institution and the problems that exist there. In a second part, the theoretical framework is presented, with the approaches and instruments used, and finally, in a third part, the internship work, which characterizes the presentation of clinical cases as well as their follow-up and evaluation.

Keywords: Academic Internship; Clinical Psychology; Palliative Care

Índice

Índice	VI
Índice de Abreviaturas	VIII
Índice de Figuras	IX
Índice de Tabelas.....	X
Introdução.....	10
I PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	11
1. Contextualização do local de estágio.....	12
1.1. Caracterização da situação atual	12
1.2. Caracterização do local de estágio	14
1.3. Papel do psicólogo clínico na instituição	16
1.3.1. <i>Papel do psicólogo clínico</i>	16
1.3.2. <i>Papel do psicólogo clínico em contexto de unidade de cuidados paliativos</i>	17
1.4. Problemáticas existentes na instituição.....	17
1.4.1. <i>Perturbação do espectro da esquizofrenia</i>	17
1.4.2. <i>Perturbação bipolar</i>	18
1.4.3. <i>Perturbação depressiva</i>	19
1.4.4 <i>Perturbação de ansiedade</i>	19
1.5. Objetivos do estágio.....	19
1.5.1. <i>Projeto de estágio e cronograma de atividades</i>	20
II PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
2.1. Psicologia clínica e cuidados paliativos.....	24
2.2. Abordagens de psicologia	25
2.2.1. <i>Abordagem cognitivo-comportamental</i>	25
2.2.2. <i>Abordagem centrada na pessoa</i>	26
2.2.2.1 <i>Conceitos fundamentais na abordagem centrada na pessoa</i>	26
2.3. Instrumentos de avaliação utilizados na unidade de cuidados paliativos	28
2.3.1. <i>Escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS)</i>	28
2.3.2. <i>Escala de dignidade</i>	28
2.3.3. <i>Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)</i>	28
2.3.4. <i>Palliative outcome scale (POS)</i>	29
2.3.5. <i>Palliative performance scale (PPS)</i>	29
III PARTE – TRABALHO DE ESTÁGIO	30
3.1. Apresentação do acompanhamento geral de casos clínicos.....	31

3.2. Apresentação dos casos clínicos	32
3.2.1. Acompanhamento e avaliação psicológico do caso M. F.	32
3.2.1.1. Dados de identificação do indivíduo	32
3.2.1.2. Motivo do internamento.....	32
3.2.1.3. História da doença atual	32
3.2.1.4. Antecedentes pessoais.....	35
3.2.1.5. História pessoal e familiar	35
3.2.1.6. Instrumentos de avaliação.....	37
3.2.1.6.1. Escala de avaliação de sintomas de Edmontan (ESAS)	37
3.2.1.6.2. Palliative outcome scale (POS)	38
3.2.1.6.3. Palliative performance scale (PPS).....	38
3.2.1.7. Genograma	39
3.2.1.8. Discussão do caso clínico M. F.	40
3.2.2. Acompanhamento psicológico do caso F. C.	40
3.2.2.1. Dados de identificação do indivíduo	40
3.2.2.2. Motivo do internamento.....	41
3.2.2.3. História da doença atual	41
3.2.2.4. Antecedentes pessoais.....	45
3.2.2.5. História pessoal e familiar	46
3.2.2.6. Genograma	49
3.2.2.7. Discussão do Caso Clínico F. C.	50
Conclusão	51
Referências	52

Índice de Abreviaturas

APA – *American Psychiatric Association*

AVDs – Atividades de Vida Diárias

CRF – Cuidados de Reabilitação Física

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment System*

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

POS – *Palliative Outcome Scale*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

URF – Unidade de Reabilitação Física

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Genograma do Caso Clínico de M. F.</i>	39
Figura 2. <i>Genograma do Caso Clínico de F. C.</i>	49

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Cronograma das atividades do estágio curricular.</i>	21
Tabela 2. <i>Casos de acompanhamento durante o período de estágio curricular.</i>	31
Tabela 3. <i>Ilustração dos resultados obtidos do POS</i>	38

Introdução

O presente relatório enquadra-se num contexto de estágio académico, como projeto final do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, tendo o mesmo ocorrido na Unidade de Cuidados Paliativos numa Unidade de cuidados de saúde.

A área de Cuidados Paliativos é uma unidade de saúde que tem como objetivo promover a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo, assim como a dos seus familiares e cuidadores, com a finalidade de tratamento do alívio da dor e do sofrimento causado pela sua patologia física e/ou mental.

No âmbito da presente Unidade de Cuidados Paliativos, o impacto do luto é caracterizado como sendo um estado intrapessoal e interpessoal que compromete, física e psicologicamente, todo o indivíduo. Desta forma, o psicólogo tem como papel fundamental, no desenvolvimento de um plano individual de intervenção, suporte e acompanhamento psicológico, tanto do paciente como dos seus familiares/cuidadores, durante todos os processos de luto, a fim de conceber uma aceitação do seu fim de vida e dignidade a partir da sua experiência de vida (Chochinov et al., 2011).

Este relatório está dividido em três momentos, onde o primeiro está concentrado na contextualização do local de estágio e caracterização, como também o fundamento do psicólogo neste contexto e as problemáticas presentes na mesma instituição; partindo para o enquadramento teórico, demonstrando os conceitos da UCP, as abordagens psicológicas e os instrumentos de avaliação presentes durante o processo de estágio. Por último, está descrito o trabalho de estágio, com a enumeração de alguns casos de acompanhamento clínico, assim como a apresentação do acompanhamento e avaliação dos casos clínicos, com as devidas anamneses, avaliações, genogramas e discussões.

I PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1. Contextualização do local de estágio

O presente relatório de estágio curricular realizou-se numa Unidade de cuidados de saúde, cuja instituição é de cariz religioso. Tendo o seu início em 1988, foi reconhecido como Centro de Reabilitação Física especializada em Programas Intensivos de Reabilitação visando conceder aos seus clientes práticas terapêuticas determinadas de um Plano Individual de Intervenção (PII). Dedica os seus serviços a indivíduos, acolhendo-os de forma temporária, quando estão num período de dependência ligeira ou moderada e simultaneamente com forte potencial de reabilitação física e funcional. Embora o estágio tenha incidido apenas nas valências da Unidade de Cuidados Paliativos e na Unidade de Internamento de Reabilitação Física, esta instituição contém seis valências: *Unidade de Convalescença, Unidade de Cuidados Paliativos, Unidade de Internamento de Reabilitação Física, Reabilitação Diurna, Ambulatório e Apoio Domiciliário.*

1.1. Caracterização da situação atual

Atualmente, o trabalho desta instituição está presente em cada continente, em 52 países, contando com cerca de 400 obras apostólicas (hospitais, clínicas, centros, missões humanitárias em países em vias de desenvolvimento) são acompanhadas por colaboradores profissionais e por cerca de 8.000 voluntários que assistem anualmente cerca de 17 milhões de pessoas (FSJD, 2022). Em Portugal, está estabelecida sob a forma de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) exercendo um papel ao nível assistencial, nas dimensões da saúde física e mental.

Este Instituto prossegue fins de saúde, reabilitação e reinserção social em oito centros assistenciais e hospitalares, a nível nacional, prestando ainda serviço de psiquiatria e saúde mental, intervenção na toxicodependência, alcoologia medicina física e de reabilitação e prestação de cuidados nas valências da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Na sua área interventiva, esta instituição, inspirada no estilo carismático da figura católica representativa da mesma, tem como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio social humanizados à população em geral, concedendo uma atenção redobrada aos mais desprotegidos e contando com colaboradores especializados e comprometidos com o princípio de “fazer bem o bem”. Dedica-se a cumprir os valores de Hospitalidade com Qualidade, Respeito, Responsabilidade e Espiritualidade. Foca a intervenção em 4 grandes domínios, contando cada um com os seus objetivos:

1º Domínio de Intervenção:

I. Prestação de cuidados de saúde a pessoas portadoras de doença mental, na fase aguda, com intervenção em crise, e em casos de doença de evolução prolongada, com inserção nas diferentes unidades consoante determinada patologia e grau de autonomia;

II. Reabilitação psicossocial, tendo esta intervenção como objetivo atingir o maior grau de autonomia possível do indivíduo, procura melhorar a qualidade de vida e potenciar o direito à cidadania, através de ações ao nível sócio ocupacional, residencial, promovendo a reinserção familiar e comunitária, a formação profissional e o exercício profissional. A prestação de serviços a este nível inclui respostas em unidades residenciais de treino (transição) e unidades de vida, institucionais e comunitárias, no âmbito dos cuidados continuados de Psiquiatria e Saúde Mental;

III. Tratamento de doentes dependentes do álcool pela desintoxicação orgânica e pela reabilitação psicológica, familiar e social do doente alcoólico, incluindo nos seus programas de intervenção os cuidados médicos, os cuidados de enfermagem, as avaliações e o apoio psicológico, as sessões pedagógicas, os treinos de assertividade, relaxamento e integração sensorial, apoio sociofamiliar e intervenção de pastoral da saúde e animação;

IV. Tratamento da toxicodependência, onde a intervenção se baseia na desintoxicação e/ou reabilitação do indivíduo dependente de drogas, incluindo nos seus programas de intervenção os cuidados médicos, os cuidados de enfermagem, as avaliações, o apoio psicológico, apoio sociofamiliar e intervenção de pastoral da saúde e animação;

V. Psicogeriatria/Gerontopsiquiatria, com serviços prestados em estruturas próprias, às pessoas idosas que sofrem de patologia psiquiátrica, com programas de intervenção específicos, globais e individualizados.

No **2º Domínio de Intervenção**, inserem-se outros cuidados diferenciados de saúde, como a Ortopedia/cirurgia ortopédica, oficinas ortopédicas, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstrutiva, fisioterapia/medicina física e de reabilitação, anestesiologia, cirurgia vascular, oftalmologia, otorrinolaringologia e medicina dentária.

3º Domínio de Intervenção:

I. Prestação de cuidados de geriatria, enquadrados ao nível residencial, numa estrutura com acompanhamento médico, psicológico, fisioterapêutico, de enfermagem e do serviço pastoral de saúde e animação

II. Em regime temporário, a prestação de cuidados continuados com o objetivo de prestar cuidados de saúde iniciados no internamento hospitalar ou de agudização de episódios de doença crónica.

No **4º Domínio de Intervenção**, pretende-se o acolhimento aos sem-abrigo, imigrantes ou nacionais, em situação de emergência humanitária. São espaços de acolhimento temporário, promovendo o apoio psicossocial, e outros considerados necessários, destinados prioritariamente aos cidadãos em extrema vulnerabilidade.

1.2. Caracterização do local de estágio

A criação deste estabelecimento teve origem na década de 80, quando houve a necessidade, de deslocar a sede do instituto para a localização onde está até ao presente dia.

Em 1994 iniciou-se a construção do edifício e 4 anos mais tarde foi inaugurada uma residência destinada a uma população com cuidados de estadia prolongada (Lar), tendo a primeira comunidade desta residencial sido composta por apenas 7 residentes. Nos três anos seguintes à inauguração da residência, foi definida com o perfil assistencial que se pretendia, tendo sido marcada pelos seus padrões carismáticos e de qualidade que a simbolizaram até aos dias de hoje. Possibilitando a abertura deste Estabelecimento ao Plano Nacional de Cuidados Continuados do país, numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com a designação de Unidade de Apoio Integrado (UAI). A Direção, decidiu assim, o encerramento a admissões de novos utentes com a finalidade de estadia prolongada, destinando-a somente a estadias temporárias com a finalidade de Reabilitação Física e Funcional.

No final de 2006, a residência contratualiza com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) a abertura de uma Unidade de Média Duração com uma capacidade de 26 camas. No seguinte ano, este protocolo é alterado para uma Unidade de Convalescença até aos dias de hoje com uma capacidade de 25 camas.

No ano de 2011, a finalidade assistencial deste estabelecimento ficou definitivamente estabelecida e assume-se a residência como um Centro de Reabilitação Física especializado em Programas Intensivos de Reabilitação, estando principalmente focados para indivíduos com dependência leve ou moderada, transitória e com fraco potencial de reabilitação. Este estabelecimento dispõe aos seus utentes atividades terapêuticas de reabilitação definidas através de um plano personalizado (PII; Plano Individual de Intervenção).

Atualmente, passa a designar-se pelo nome que atualmente ainda se denomina e apresenta seis valências distintas:

I. *Unidade de Convalescença*

Destinada a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. Esta é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar cuidados e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situações clínicas agudas, recorrência ou descompensação de processo crónico.

II. *Unidade de Cuidados Paliativos*

Unidade destinada a utentes em situação de sofrimento intenso, decorrente de doença incurável, em estado avançado e de rapidez progressiva. Não se destina para fins curativos, e constituem-se como uma resposta para os clientes em que a expectativa de vida é limitada, com problemas e necessidades de difícil resolução e, que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar. Dispõe de internamento de protocolo com a RNCCI (com 7 camas de capacidade) e de internamento particular (com capacidade de 4 camas).

III. *Unidade de Internamento de Reabilitação Física (CRF – Centro de Reabilitação Física)*

Internamento temporário, buscando garantir a satisfação global das necessidades intrínsecas face à condição de cada cliente em cada um dos seus serviços: Serviço Clínico diário; Enfermagem de 24 horas; Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala; Acompanhamento Psicológico; Serviço Social; Ateliers ocupacionais /Animação; Apoio espiritual.

IV. *Apoio Domiciliário*

Nesta unidade a prestação de serviços de saúde é individualizada e personalizada no domicílio, promovendo autonomia no meio familiar, através de: Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Terapia da Fala; Acompanhamento Psicológico; Enfermagem; Consulta Médica (Clínica Geral, Medicina Interna, Fisiatria); Auxiliares de ação médica.

V. *Ambulatório*

Regime de permanência consoante o horário da(s) sessão(s) de terapia(s) e cuidados de saúde contratualizados, estando disponível os serviços de: Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Terapia da Fala; Enfermagem; Acompanhamento Psicológico.

VI. *Unidade de Dia de Reabilitação*

Esta é uma unidade especializada em programas de reabilitação física em regime diurno, satisfazendo as necessidades e expectativas dos clientes, com um regime de permanência diária de 9 horas máximas diárias, num período comprometido das 07:30 às 20:00 horas, com os serviços: Enfermagem; Serviço Clínico e Social; Fisioterapia; Terapia Ocupacional e Terapia da Fala; Acompanhamento Psicológico; Ateliers ocupacionais/Animação; Apoio espiritual.

Para além das suas seis valências, este estabelecimento apresenta também os serviços de: Consulta Externa para clientes internos e externos, dispondo das especialidades de: Consulta de Medicina Física e Reabilitação; Consulta de Neurologia; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Medicina Interna; Consulta de Clínica Geral; Consulta/Tratamento de Mesoterapia; Consulta Psicologia Clínica; Consulta Psico-oncologia; Estimulação Cognitiva; Consulta de Terapia da Fala; Consulta de Luto, e serviço de admissão de utentes sendo o mesmo protocolado com RNCCI: na Unidade de Convalescença e na Unidade de Cuidados Paliativos os clientes são referenciados pela Equipa Coordenação Regional/Local (ECL) sob proposta da Equipa da Gestão da Alta (EGA).

1.3. Papel do psicólogo clínico na instituição

1.3.1. Papel do psicólogo clínico

O papel do psicólogo clínico envolve o acompanhamento individual, familiar ou de grupo, de forma a auxiliar na gestão ou superação dos conflitos psicológicos e emocionais que estejam presentes, através da avaliação, diagnóstico e tratamento de perturbações mentais que dificultem as atividades de vida diárias do(s) indivíduo(s) afetado(s). Tem como responsabilidades; (1) realização de exames e avaliações usando procedimentos e técnicas de forma a diagnosticar possíveis perturbações psicológicas que advêm da problemática que o(s) levou a recorrer ao auxílio profissional, utilizando métodos como a entrevista psicológica, que é a intervenção que se deve utilizar na Psicologia Clínica para se estabelecer a relação terapêutica onde, para além de se estabelecer esta relação, se pretende obter informação sobre o indivíduo ou grupo, como a história clínica, anamnese e história de vida (Leal, 2008; Trindade & Teixeira, 2000). (2) O desenvolvimento de planos de intervenção, é também uma das responsabilidades do psicólogo clínico. Uma vez explorado questões pertinentes da problemática e o impacto na sua vida e comportamento, o psicólogo trabalha com o(s) indivíduo(s) de forma a desenvolver planos de tratamento personalizados, que pode envolver terapias individuais ou de grupo, orientação farmacológica, entre outras intervenções. (3) O fornecimento de terapia e aconselhamento, usando técnicas e práticas com base nas evidências

a fim de ajudar a pessoa a gerir os sintomas para promover a sua saúde mental, bem-estar e qualidade de vida (Trindade & Teixeira, 2000).

1.3.2. Papel do psicólogo clínico em contexto de unidade de cuidados paliativos

O psicólogo clínico na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) tem o objetivo de disponibilizar suporte psicológico aos indivíduos que enfrentam doenças graves e/ou que limitam a sua vida, assim como a dos seus familiares e cuidadores. Sendo uma área especializada dos cuidados de saúde tem como foco fornecer o alívio dos sintomas que provém da gravidade da doença, assim como o alívio do sofrimento psicológico e/ou existencial, com o objetivo de promover a qualidade de vida dos pacientes e da sua família, integrando aspetos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado, tendo descrito duas das três dimensões em que esta unidade de saúde se centra (Apoio ao paciente e Apoio à família), centra-se por último, no apoio ao luto, intervindo com a família e cuidadores no processo de luto, determinando a necessidade, após o falecimento do doente, de acompanhamento psicológico ou se existe evidências de luto patológico.

O trabalho do psicólogo, na vertente de Cuidados Paliativos, pode ser dividido em três grandes grupos: (1) intervenção e acompanhamento do paciente e seus familiares; (2) intervenção e acompanhamento aos familiares no processo de luto; (3) intervenção e acompanhamento dos elementos das equipas multidisciplinares da UCP (OPP, 2022).

1.4. Problemáticas existentes na instituição

Nesta instituição existem diversas problemáticas, nomeadamente, perturbações do espectro da esquizofrenia, perturbações bipolares, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, quadros demenciais e perturbações cognitivas associadas ao envelhecimento e/ou relacionadas à doença de estado grave/avançado do indivíduo. Desta forma, estão presentes perturbações do foro psicológico, assim como, patologias de saúde física.

1.4.1. Perturbação do espectro da esquizofrenia

Definida como uma perturbação psicológica com implicações na personalidade, lapsos de diferenciação entre o mundo real e o subjetivo ou imaginário, a esquizofrenia é definida por ter consequências a nível emocional e do comportamento, assim como perturbações no sentido, pensamento e perceção (Nascimento et al., 2015).

Apresentando características de sintomatologia de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, estas não dizem respeito aos sintomas próprios da patologia, sendo um síndrome clínico heterogéneo, contém um conjunto de sinais e sintomas associados com o funcionamento ocupacional e social comprometidos (APA, 2014). O sujeito socialmente

ativo com esta patologia, muitas vezes tem como primeiro sintoma, o afastamento das suas rotinas, tal como pode demonstrar afetos onde existe ausência do estímulo apropriado para o mesmo, pode igualmente apresentar perturbações na cognição social, como a carência de competências para interação social do outro (APA, 2014).

Segundo Nascimento et al., (2015) os fatores genéticos têm uma forte contribuição ao determinar o risco para esta perturbação, fatores ambientais, como as estações do ano, o ambiente onde o sujeito nasce ou com o uso de substâncias como drogas recreativas ou canabinoides, assim como fatores sociais como a influência do desemprego pode contribuir mais tarde no desenvolvimento desta patologia. A participação em programas de reabilitação social, intervenção psicológica e a utilização de psicofármacos são os meios mais efetivos para o controlo sintomático e tratamento da esquizofrenia.

1.4.2. Perturbação bipolar

A perturbação bipolar é caracterizada pelas oscilações de humor, comprometendo a função cognitiva, energética, ciclos de sono e da psicomotricidade do sujeito (Moreno et al., 2005), são introduzidas segundo o DSM-5 (APA, 2014) entre as perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e as perturbações depressivas, devido aos seus sintomas, história familiar e genética, servindo assim como um elo de ligação entre as duas categorias de diagnóstico. Moreno et al. (2005) refere que a perturbação bipolar do tipo I, tem episódios maníacos, podendo ser seguidos de episódios de hipomaníacos e depressivos major (APA, 2014), que afetam o humor do sujeito ficando irritável, elevado e expansivo, em estado eufórico, energético, fazendo projeções de múltiplas atividades a ocorrer ao mesmo tempo, com pensamento acelerado, com ideias delirantes ou de grandeza.

Por outro lado a perturbação bipolar tipo II, requer pelo menos um episódio de hipomania e um episódio depressivo major ao longo da sua vida como experiência, demonstrando igualmente instabilidade do humor, principalmente devido ao sujeito passar uma vasta percentagem de tempo em depressão, destacando na distinção, do critério de diagnóstico, entre luto e um episódio depressivo major nesta perturbação, que no luto o sintoma predominante é de perda e de vazio (APA, 2014) Sublinha-se que a impulsividade é um fator comum nesta patologia e que os seus fatores de risco predominam nos modificadores do curso, genética e fisiologia, ao contrário da perturbação bipolar tipo I, esta perturbação é mais acentuada entre os familiares que possuem a mesma patologia (APA, 2014).

1.4.3. Perturbação depressiva

A perturbação depressiva é caracterizada pela persistência grave da alteração do humor, sendo originada por diversos elementos, tais como, aspetos psicológicos, genéticos, sociais, bioquímicos ou ambientais (Porto, 1999), podendo afetar qualquer indivíduo, independentemente do sexo, idade ou faixa etária, verifica-se ter uma maior ocorrência em idades intermédias, com tendência de aumento na adolescência e início de vida adulta e com relevância acentuada no sexo feminino (OMS, 2001).

Episódios impactantes na vida do indivíduo podem desencadear estas perturbações, devido a conjunto de eventos tais como o luto em idade precoce, luto por doença avançada, luto devido a acidentes ou luto por suicídio (Fancher & Kravitz, 2010).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), as perturbações depressivas têm um conjunto de características de alterações cognitivas e somáticas que comprometem a qualidade de vida do indivíduo afetando a capacidade do seu funcionamento, sendo que o fator que prevalece a todas as perturbações depressivas é a presença de tristeza, sentido de vazio ou humor irritável. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) refere que se pode observar os seguintes sintomas: (1) atenção e concentração reduzida; (2) limitação de autoestima e autoconfiança do indivíduo; (3) sentimentos de irritabilidade e culpabilidade; (4) ideias pessimistas em relação ao futuro; (5) ideias ou ações auto-lesivas; (6) diminuição do apetite; (7) perturbações no ciclo de sono.

1.4.4 Perturbação de ansiedade

De acordo com a APA (2014), as perturbações de ansiedade partilham características de medo e ansiedade extremas e alterações, fazendo a distinção de ambas como o medo ser um ato a uma ameaça iminente real e a ansiedade ser a antecipação de uma possível ameaça, sendo estes dois fatores mais o comportamento evitante e ideação cognitiva associada, que distingue as várias classes de perturbações de ansiedade.

Esta perturbação tem um forte impacto na qualidade de vida do indivíduo, comprometendo as suas funcionalidades profissionais, sociais e de envolvimento nas atividades diárias, com tratamento através de psicoterapia ou fármacos (Lang & Stein, 2002).

1.5. Objetivos do estágio

Este estágio curricular teve como objetivo, possibilitar a prática dos conhecimentos teóricos anteriormente estudados no processo académico em psicologia, assim como a adquirir conhecimentos teóricos e práticos em contexto profissional de trabalho dos modelos e a aplicabilidade dos seus conceitos em contexto de Cuidados Paliativos e da própria Instituição.

1.5.1. Projeto de estágio e cronograma de atividades

A Unidade de Cuidados Paliativos desta clínica, dispõe de diversos folhetos informativos direcionados às várias associações de apoio no âmbito de determinada patologia física que o paciente possui, contudo tem informação escassa no que diz respeito ao apoio psicológico.

Neste sentido, e uma vez que esta clínica tem como estratégia pré-informativa de como os pacientes e as suas famílias deverão agir de acordo com a patologia diagnosticada, seria útil e viável a criação de um folheto informativo com apoio psicológico referente às causas reais da condição da doença atual do indivíduo e aos diferentes estágios do luto.

É fundamental que o paciente, e os que lhe são mais próximos, tenham o *insight* presente do resultado que uma doença avançada trará, que será o fim de vida do paciente, isto é, o seu conhecimento, a compreensão dos seus efeitos e que atitude ter perante a mesma, pois as consequências do luto terão um impacto gradual dependente desse fator. Luto este que pode acontecer precocemente, antes da morte do indivíduo.

O sofrimento, durante o estágio de pré-luto, é um conjunto dos fatores físicos, psicológicos, sociais, de *self* e espirituais, que se denomina de dor total (Saunders, 1993), e reforçado com a consciência do indivíduo da proximidade do fim de vida irá originar várias reações emocionais e crises face à sua existência.

Durante este estágio, o paciente atravessa um processo de luto preparatório, experienciando várias fases, desde a sua preparação da separação do mundo geral até à aceitação do fim da vida (Kübler-Ross et al., 1972), fases estas que vão variando consoante a sua intensidade, podendo até ficar omissos (Prigerson & Jacobs, 2001). A sua intensidade é um indicador associado ao grau de dificuldade de adaptação à doença e a outros fatores que se vão descrever como uma síndrome de desmoralização, definida pelo desconforto da incerteza em relação à própria vida, os seus valores e seus significados (Kissane et al., 2001).

O apoio familiar e dos restantes entes queridos dos pacientes que estão em fase terminal, terão um acompanhamento e apoio psicológico semelhante, tendo o psicólogo várias dimensões de intervenção, seja a nível psicológico, somático, existencial ou social, que pode usar e adaptar consoante o estado de fragilidade física, psicológica, familiar e social, de cada indivíduo. Este apoio psicológico pode ser adaptado no tempo, espaço e horário, e interrompido dependendo do grau de evolução do sujeito. Neste âmbito, as ferramentas essenciais para desenvolver um ambiente à expressão livre dos sentimentos, emoções e conflitos, serão a escuta ativa e a

aceitação incondicional, fortalecendo a qualidade da relação existente entre o paciente e/ou familiares/cuidadores e o psicólogo (Erskine, 2018).

Foi introduzido recentemente na *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11) a perturbação de luto prolongado, que é definida como uma perturbação mental com sinais de luto intenso e persistente, neste sentido o folheto informativo do luto irá agir como um agente passivo e o psicólogo como agente ativo para identificar e intervir precocemente esta perturbação, sendo que os critérios de avaliação estão moldados ao luto pré-morte (Coelho et al., 2017).

No período inicial do estágio ocorreu a fase de acolhimento e observação do local de estágio, onde se conheceu as equipas multidisciplinares e profissionais que trabalham na organização. Ainda durante este período houve a observação do trabalho do psicólogo, como objetivo de contextualizar o seu papel e de forma a se familiarizar com o conceito de psicologia em contexto de cuidados paliativos.

Ocorreram reuniões de psicologia e com o orientador de estágio, desde a fase inicial até ao término do estágio semanalmente e intercaladas por dia, na fase inicial para discussão de literatura, conceitos apreendidos e novos conceitos assim como briefings do trabalho e papel do psicólogo nas diferentes áreas da organização fazendo uma recolha bibliográfica de forma a ter suporte prático para os casos de acompanhamento.

Houve um surto de Covid-19, marcado com (*) impossibilitando a ida ao estágio num período de 15 dias, contudo o trabalho de estágio continuou, embora em contexto remoto, como revisões bibliográficas para serem demonstradas e aplicadas após o período de isolamento da instituição.

A meados de janeiro, iniciou-se o acompanhamento de casos clínicos em contexto de cuidados paliativos, com as reuniões multidisciplinares e de supervisão pelo menos uma vez por semana. Nas reuniões multidisciplinares, os profissionais de saúde fazem contextualizações dos casos de internamento da unidade ou serviço específico. Entretanto, durante este período até ao final do estágio, as reuniões gerais, acompanhamento, observação e as revisões bibliográficas estiveram sempre presentes e constantes nos períodos definidos.

A metade do percurso do estágio curricular, dá-se início à fase de acompanhamento aos familiares e/ou cuidadores dos doentes internados, com a devida observação antecipada e com pesquisa bibliográfica, de maneira a aprofundar o papel do psicólogo naquele contexto e manter o percurso de estágio.

Tabela 1. *Cronograma das atividades do estágio curricular.*

	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.
Acolhimento ao estagiário									
Observação do local de estágio									
Observação do trabalho do psicólogo		*							
Acompanhamento de casos clínicos		*							
Acompanhamento dos familiares/cuidadores dos doentes									
Reuniões de supervisão		*							
Reuniões multidisciplinares		*							
Reuniões de psicologia		*							
Reuniões com o orientador de estágio		*							
Recolha bibliográfica									
Revisão bibliográfica									

*Surto de Covid-19. Devido ao local de estágio estar em quarentena, o trabalho de estágio passou a ser remoto durante 15 dias.

II PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Psicologia clínica e cuidados paliativos

A *American Psychological Association* (APA) concebeu, em 1935, uma unidade autónoma de Psicologia Clínica e classificaram o seu objetivo como definição das capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo utilizando métodos de medição análise e observação e a partir da combinação desses resultados com os exames físicos e histórico social, é possível fornecer recomendações que vão de encontro ao ajuste adequado do indivíduo (MacKay, 1975). Contudo, foi alguns anos mais tarde que a Psicologia Clínica se desenvolveu e ganhou destaque, com o Pós Segunda Guerra Mundial, tendo como objetivo principal as perturbações psicológicas, contribuiu para a ajuda e acompanhamento das vítimas afetadas pela guerra (Ribeiro & Leal, 1996).

A Psicologia Clínica em Portugal, teve o seu início na década dos anos 60 mas, foi em 1994 que teve uma maior notoriedade, quando se converteu numa das áreas de Técnicos Superiores de Saúde, onde a responsabilidade do profissional desta área ser aquele que exerce “funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde” (Decreto-Lei 241/94, 22 de setembro).

Os Cuidados Paliativos tiveram a sua origem a partir do conceito de *hospice* (abrigos), onde a sua principal característica era de prestar cuidados aos viajantes e peregrinos e que com a sua propagação durante o século XIX, com instituições religiosas, se denominaram como unidades hospitaleiras (Matsumoto, 2009). Cicely Saunders era uma enfermeira e assistente social inglesa, que durante o século XX, exercia funções em Londres, numa instituição com características semelhantes a essas unidades hospitaleiras, formou-se em medicina aos 40 anos de idade e devido ao seu descontentamento com o sofrimento humano, dedicou os seus estudos ao alívio da dor em indivíduos com doenças terminais, desenvolvendo o conceito de dor total e apoiante dos cuidados prestados ao doentes em final da vida (Maciel, 2008; Matsumoto, 2009).

Marques (2014) refere que o que simbolizou a implementação do conceito de Cuidados Paliativos, como uma vertente específica da medicina moderna, foi a fundação de *St. Christopher Hospice* por Cicely Saunders, em 1967, em Londres onde teve início o Movimento *Hospice* Moderno.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) deu origem, em 1982, a uma tipologia de função com a responsabilidade da definição de políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice*, recomendada em todos os países para indivíduos com cancro (Matsumoto, 2009). Cuidados Paliativos viria assim, em 2002, ter a definição pela OMS como um sistema de abordagem que potencia positivamente a qualidade de vida dos indivíduos e seus familiares que

estão “confrontadas com os problemas associados a uma doença ameaçadora de vida, através de prevenção e do alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação impecável e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (Marques, 2014).

Existem quatro princípios fundamentais em Cuidados Paliativos, onde se desenvolve o processo pelo qual é conhecida esta unidade de saúde: (1) o controlo sintomático, focando-se no alívio da sintomatologia da doença; (2) formas de comunicação, onde existe o encorajamento de abertura e honestidade comunicativa entre pacientes, as suas famílias e os profissionais de saúde acerca de objetivos do cuidado e os desejos do paciente; (3) suporte, proporcionando apoio emocional, espiritual e social ao paciente e seus familiares; (4) cuidado das equipas multidisciplinares, proporciona uma equipa de profissionais de saúde, capelões e assistentes sociais, que trabalham em conjunto de forma a prestar os devidos cuidados ao doente e aos familiares (Twycroos, 2003).

2.2. Abordagens de psicologia

2.2.1. Abordagem cognitivo-comportamental

Esta abordagem proveio das perspetivas: cognitiva e comportamental; onde a união das duas irá resultar, com o auxílio do terapeuta, que o indivíduo esteja apto para perceber e colmatar as suas distorções cognitivas. Assim, a abordagem cognitivo-comportamental é usada de forma a perceber como os nossos pensamentos, comportamentos e emoções interagem entre sujeitos. Enfatiza o papel dos processos cognitivos e comportamentais de maneira a modelar as nossas experiências emocionais e como agimos perante diferentes situações (Leal, 2018)

O principal fundamento da perspetiva cognitivo-comportamental é a de interconexão dos nossos pensamentos, comportamentos e emoções, e que a mudança em qualquer um destes fatores poderá ter um forte impacto nos outros. Esta perspetiva enfatiza também a importância da aprendizagem através da experiência e sugere o indivíduo pode alterar o seu comportamento e pensamentos através do uso específico de técnicas de reestruturação cognitiva, a técnica ABC ou papel da catastrofização (Leal, 2018).

Nesta perspetiva, pensamentos negativos ou disfuncionais podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações psicológicas e que através da mudança desses pensamentos, o sujeito pode melhorar a sua saúde mental e bem-estar geral. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem baseada na perspetiva cognitivo-comportamental que visa ser eficiente no tratamento de perturbações mentais tais como a ansiedade, depressão e stress pós-traumático (Saffi et al., 2008).

2.2.2. Abordagem centrada na pessoa

A Perspetiva Humanista teve origem com os contributos de Abraham Maslow (1908 – 1970) e Carl Rogers (1902 – 1987), onde a tendência para o crescimento e atualização do indivíduo surgiram nas crenças das suas potencialidades e capacidades para o fazerem, surgindo através desta visão a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida por Rogers. Tinha o fundamento essencial que todo o indivíduo possui a habilidade natural intrínseca da capacidade de crescer, amadurecer e desenvolver, tendo o fluxo dinâmico interno para a sua própria manutenção em plenitude psicológica perante as situações (Moreira, 2010). Com uma perspetiva holística, considerando o indivíduo como um todo, esta abordagem humanista, busca o desenvolvimento da personalidade, sendo nesta visão o desenvolvimento humano um caminho que se estende por todo o seu tempo de vida e que reconhece que todos os indivíduos contêm o impulso inato para alcançar a sua completa realização (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

Hipólito (2011) refere que a abordagem de Rogers, na década de 30, teve um forte impacto na psicologia devido à busca sistemática e pragmática de um método terapêutico com a mesma eficácia dos modelos dominantes como a psicanálise e behaviorismo, dando foco a um olhar empírico sobre os fenómenos e as situações. Tendo sido o fundador do modelo da psicoterapia centrada no cliente, aplicou os seus fundamentos em áreas não terapêuticas, como o campo educativo, de grupo e organizacional, onde a definição de abordagem centrada na pessoa passou a ser mais adequada e abrangente (Hipólito, 1999).

Este processo terapêutico de abordagem centrada na pessoa é esclarecido por Rogers pela diminuição da discrepância entre o *self* percebido e o *self* desejado e equitativamente entre o *self* e a experiência, onde pode ser obtido por meio de reorganização interna, contendo um *setting* adequado, estes procedimentos de crescimento e de flexibilização do *self* ocorre quando o indivíduo inadequado dispõe das condições necessárias para agilizar a sua estrutura natural de autorregulação e desenvolvimento, estando assim encaminhado para a tendência atualizante (Hipólito, 2011).

2.2.2.1 Conceitos fundamentais na abordagem centrada na pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa assenta em três pilares fundamentais: (1) a tendência atualizante; (2) a atitude não diretiva; (3) a presença das seis condições necessárias e suficientes (Brodley, 2011).

A tendência atualizante (1) foi definida por Rogers (1959) por ser intrínseca a todos os seres vivos, como parte integrante da tendência biológica e orgânica, referindo: “Na espécie

humana ela desenvolve-se a partir de uma simples origem celular até ao funcionamento orgânico complexo, até ao saber e sentir abaixo do nível da consciência transcendente da harmonia e da unidade do sistema cósmico, incluindo a humanidade”. Devido a este conceito e a partir da evidência da auto-organização, descrita por Hipólito (2011), que a atitude não diretiva do terapeuta se traduz num entendimento da própria confiança nas capacidades de auto-organização e de autocura do indivíduo com quem interage.

A atitude não diretiva (2) define-se pela confiança essencial ao indivíduo para o seu crescimento e desenvolvimento (Rogers, 1983), como descrito por Hipólito (2011) “a atitude não diretiva é a expressão de uma posição filosófica de confiança no cliente e na sua capacidade para a auto-organização e autodireção. É a certeza de que o cliente tem a melhor e mais criativa resposta para o seu problema e com ela a capacidade de a atualizar”. O ser humano tem em sua posse recursos que lhe permitem aceder a uma autocompreensão, contudo, quando se dá início ao processo terapêutico por motivo de ajuda, está num estado de vulnerabilidade, querendo dizer que esta perda homeostática psicológica está a comprometer o processo de ação do uso aos seus recursos internos (Leal, 2018).

A presença das seis condições necessárias e suficientes (3) são fundamentais para que exista uma mudança psicológica, sendo a primeira o contacto psicológico (I) entre duas pessoas, onde está presente a capacidade perante cada um dos indivíduos, de assimilar o campo preceptivo do outro, de forma a presenciar o sentido de ser compreendido. Para dois indivíduos estarem em contacto psicológico é necessário que, cada sessão seja vista como um encontro existencial, onde a relação verdadeira é definida através da comunicação existente na presença das duas pessoas que estão em constante mudança (Caldeira, 1979; Hipólito, 2011).

O estado de incongruência do cliente (II), é a segunda condição referida por Rogers (1957), o estado de incongruência, de se sentir vulnerável, é o motivo pelo qual o indivíduo entra no processo terapêutico com o pedido de ajuda, sendo este princípio o que expressa melhor a eficácia do crescimento da psicoterapia, a pessoa ao assumir o seu estado de vulnerabilidade e fazer o pedido de ajuda, está ativamente a caminhar para o processo positivo da autocura.

A congruência do terapeuta (III) no aqui e no agora da relação, o olhar incondicional positivo (IV) para com o cliente, aceitando-o e como se sente e como organismo que é no seu todo (Hipólito, 2011), tendo o terapeuta uma consideração integral e não condicional pelo cliente (Rogers, 1980) e a compreensão empática (V), que tenta interpretar e perceber o mundo subjetivo do outro, colocando-se totalmente na posição do outro (Hipólito, 2011). Estas três condições são vistas como condições nucleares, estando somente relacionadas à

responsabilidade e atitude do terapeuta e como o mesmo de agir no processo de intervenção psicoterapêutica (Bozarth, 2001).

A sexta condição, assim como a primeira, integra tanto o terapeuta como o cliente, como é referido por Hipólito (2011) citado por Leal (2018) “a compreensão empática significa “compreender o mundo do Outro como ele mesmo o compreende (...) e ainda transmitir ao outro, de maneira adequada, a nossa percepção do seu universo e da sua maneira de “estar-no-mundo, reajustando em permanência a precisão da nossa compreensão”. É essencial que o terapeuta tenha uma atitude empática pelo mundo subjetivo do cliente (IV) e que exista a expressão, tanto desse mundo subjetivo do indivíduo como da compreensão e de respeito por parte do profissional (Leal, 2018).

2.3. Instrumentos de avaliação utilizados na unidade de cuidados paliativos

2.3.1. Escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS)

Este instrumento de avaliação foi desenvolvido de forma a melhorar a assistência de enfermagem ao identificar e acompanhar os sintomas que os doentes apresentam, assim como individualizá-los e especificar os seus cuidados (Bruera et al., 1991). A ESAS é uma escala multidimensional que permite combinar a sintomatologia física e a psicológica e é composta por uma lista de nove sintomas, constituída por várias subescalas que medem o grau de intensidade dos sintomas associados à dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, dispneia, depressão, ansiedade e bem-estar. O grau de intensidade de cada um dos sintomas referidos é relatada e avaliada pelo doente numa escala numérica que varia entre zero (0), valor mínimo que nos indica a ausência do sintoma e dez (10), valor máximo que nos indica a prevalência máxima do sintoma. (Monteiro, Kruse & Almeida, 2010).

2.3.2. Escala de dignidade

A Escala de Dignidade é um instrumento desenvolvido por Chochinov et al. (1997), para medir os níveis e a origem das preocupações dos indivíduos em relação à dignidade e com a proximidade do fim de vida. Esta escala é composta por 25 questões, com cinco categorias de resposta do tipo *Likert* sendo (1) “nenhum problema”, (2) “um pequeno problema”, (3) “um problema”, (4) “um grande problema” e (5) “um problema enorme”, resultante de cinco características de solução da sua análise, como a preocupação com a sintomatologia, a angústia existencial, dependência, paz de espírito e suporte social e familiar (Chochinov et al., 1997).

2.3.3. Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)

A HADS é uma escala composta por sete itens de avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete itens de avaliação da depressão (HADS-D), 14 itens na sua totalidade onde cada um é

pontuado de 0 a 3 numa escala de *Likert*, numa pontuação máxima de 21 pontos para cada uma das escalas. Este é um instrumento de avaliação da ansiedade ou depressão em pacientes hospitalares não psiquiátricos (Zigmond & Snaith, 1983), contudo, o seu uso foi posteriormente utilizado em diferentes tipos de pacientes, pacientes sem estarem em contexto hospitalar e em sujeitos sem doença (Pais-Ribeiro et al., 2007).

2.3.4. *Palliative outcome scale (POS)*

O *Palliative Outcome Scale* é o instrumento que avalia a qualidade de vida do doente através de um questionário com dez questões, sendo que cada uma das questões espelham os principais fundamentos dos Cuidados Paliativos. As perguntas do questionário visam a avaliar a qualidade de vida do doente, variando de zero (0), não existindo problemas ou sintomas e quarenta (40), valor máximo, indicando problemas ou sintomas a todos os níveis, traduzindo que quanto menor for o valor do índice de qualidade de vida, melhor será a mesma. As questões estão relacionadas com os fatores físicos, que medem de que maneira a dor afetou o paciente e no período em que estão a responder às questões, se existe índices de algum sintoma de vertente física, como tosse, náuseas ou falta de apetite, os fatores psicológicos, medindo o nível de ansiedade, preocupação com a doença ou tratamento, fatores sociais e familiares, que mede o grau de intensidade perante familiares ou amigos que demonstrem ansiedade ou preocupação para com o doente e por fim os fatores espirituais do indivíduo (Ferreira & Pinto, 2008).

2.3.5. *Palliative performance scale (PPS)*

Originada pelo grupo de Anderson (1996), este instrumento mede o estado funcional do indivíduo com doença avançada em cuidados paliativos, avaliando o nível de funções do doente baseado na sua habilidade de realizar as suas Atividades de Vida Diária (AVDs) em cinco dimensões funcionais, tais como o auto-cuidado, mobilidade, a ingesta oral, estado de consciência e o nível de atividade e evidência exterior de doença. A *Palliative Performance Scale* é pontuada numa escala de 0% a 100% subdividida em 11 níveis, ordenados de 10% em 10%, onde 0% é equivalente a um indivíduo morto e 100% corresponde a um estado funcional normativo e independente numa perspetiva ambulatoria e saudável (Tavares, 2010).

III PARTE – TRABALHO DE ESTÁGIO

3.1. Apresentação do acompanhamento geral de casos clínicos

Na Tabela 2 estão ilustrados alguns dos casos de acompanhamento efetuados durante o processo de atividade de estágio curricular, com a descrição do motivo de internamento de cada um e instrumentos de avaliação utilizados. Os restantes casos não introduzidos nesta tabela, não foram mencionados devido à falta de informação, curto acompanhamento ou conteúdo não relevante para o plano de atividades curricular.

Tabela 2. *Casos de acompanhamento durante o período de estágio curricular.*

Casos	Motivo de internamento	Instrumentos utilizados
A. E.	Neoplasia maligna da próstata com metastização óssea e com infeção por HIV.	ESAS; POS; PPS
A. R.	Neoplasia peniana.	ESAS; POS; PPS
F. C.	Politraumatismo após tentativa de autólise, Esquizofrenia paranoide.	WHOQOL - BREF
H. F.	Insuficiência renal crónica.	ESAS; POS; PPS
I. R.	Neoplasia do colo útero com metastização óssea.	ESAS; POS; PPS
L. M.	Neoplasia da mama com metastização óssea, demência senil com delírio.	ESAS; POS; PPS
M. A.	Adenocarcinoma do pulmão lóbulo superior esquerda com metastização óssea e cerebral.	ESAS; POS; PPS
M. F.	Neoplasia maligna do pâncreas localmente avançado, perturbação bipolar tipo II.	ESAS; POS; PPS
M. V.	Carcinoma do endométrio localmente invasivo, transmiometrial, com extensão ao colo uterino, vagina, bexiga, e áreas anexais, com metastização ganglionar regional e à distância.	ESAS; POS; PPS
O. D.	Isquemia aguda do intestino.	ESAS; POS; PPS

R. C.	Neoplasia da próstata com metastização extensa óssea e do sistema nervoso central.	ESAS; IPOS; PPS
Z. B.	Neoplasia da mama e do colon com metastização hepática, pulmonar e óssea, com agravamento neurológico.	ESAS; IPOS; PPS

3.2. Apresentação dos casos clínicos

3.2.1. Acompanhamento e avaliação psicológico do caso M. F.

3.2.1.1. Dados de identificação do indivíduo

M. F., 76 anos, sexo masculino, casado e reformado. Católico não praticante e natural de Lisboa. Foi bancário e professor de línguas na linha de Sintra, tendo estudado na faculdade de letras. Morava na linha de Sintra, no entanto, desde há quatro meses que reside em Corroios, onde vive com a esposa, a sua atual cuidadora.

3.2.1.2. Motivo do internamento

Utente transferido da anterior unidade de saúde onde, após a realização de vários exames, foi diagnosticado com neoplasia maligna do pâncreas localmente avançada. Foi admitido na presente instituição no dia 13 de abril de 2022 e internado na UCP no dia 26 de abril de 2022 para otimização do controlo sintomático e prestação do devido apoio psicológico ao paciente e à sua família no atual momento de vida.

3.2.1.3. História da doença atual

Segundo a unidade de cuidados de saúde prévia ao internamento na presente instituição, o paciente apresentava um diagnóstico de depressão, insónias e anorexia. Após o doente ter sido submetido à realização de vários exames médicos, foi através dos resultados da biópsia que o diagnóstico foi efetivamente confirmado. Foi detetado uma neoplasia maligna do pâncreas e, por conseguinte, está associada a episódios depressivos, que podem ser bastante comuns neste contexto.

Desde o início do internamento na instituição onde decorreu o estágio, que foi medicado com fármacos que o ajudaram a diminuir as dores que tinha, nomeadamente no estômago e na coluna (zona dos rins). Após estar sobre o efeito da medicação, o doente indica que sente apenas um ligeiro desconforto e mal-estar. Apresenta palidez acentuada e recusa alimentar por não tolerar a ingestão de alimentos, provocando-lhe vômitos e náuseas. No último mês e meio, começou a ingerir somente alimentos líquidos, pois afirma que não tem apetite e que não

consegue mastigar, o que originou uma perda de peso visível. Por consequência, houve necessidade de aporte de soroterapia. O paciente apenas colaborava na colocação da sonda nasogástrica.

Ingere muito pouca água, pelos mesmos motivos referidos anteriormente. Por essa razão, o paciente diz que sente a boca constantemente seca, desidratada e realça “sinto a língua encortificada” (sic.) (xerostomia). Derivado desse fator, verificamos que apresenta uma ligeira perda de voz (afonia), causando pontualmente algumas dificuldades de comunicação.

Com o agravamento do seu estado clínico no decorrer do seu internamento por epigastrialgias intensas, o utente ficou mais debilitado e apresentava sintomas de lentificação motora. Apesar dessa perda de mobilidade, ainda é capaz de se cuidar, embora com ajuda parcial de terceiros.

Apesar do doente a maioria das vezes ser colaborante, durante o seu internamento na presente instituição, ainda compareceu na terapia ocupacional e na fisioterapia. Contudo, passado alguns dias, deixou de frequentar ambos por falta de vontade e devido ao cansaço e indisposição. Recusou ir ao ginásio na grande maioria das vezes, pelas mesmas razões apresentadas anteriormente.

Dos seus antecedentes psiquiátricos, destaca-se a presença de uma Perturbação Bipolar Tipo II com predomínio de episódios de hipomania e depressivos, seguido em consulta externa e devidamente medicado com psicofármacos. Esta patologia foi diagnosticada em 2004 e encontra-se associada a uma sequência de episódios que ocorreram na sua vida. Ao longo dos anos tem sido medicado com antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor.

O utente possui *insight* parcial da sua doença física, pois conhece em parte o seu diagnóstico, sabendo inicialmente que tinha uma lesão no pâncreas, no entanto, não sabia explicar aos familiares e psicólogos do que se tratava efetivamente. Na primeira sessão da presente unidade de saúde ainda se refere à sua doença como “nem sei se se pode chamar cancro a isto” (sic.). Tinha conhecimento que era uma doença progressiva e incurável, que iria culminar à sua morte, sem saber ao certo o quão próxima estava essa realidade.

No primeiro acompanhamento prestado apresentava-se vígil e consciente, contendo um discurso coerente e organizado. Contudo, apresentou algumas evidências de desorientação e despersonalização “doutor, eu já não sei quem eu sou.” (sic.). Ao ser questionado de quem era, permanecia num silêncio prolongado e nunca respondeu de forma assertiva à questão. Afirmava que o seu mal era físico e acabava por desvalorizar a vertente psicológica “o meu mal é mas é físico doutor” (sic.). Revela ter algumas evidências de ideias delirantes e delírio somático,

podendo estar comprometido, devido ao seu estado cognitivo mais fragilizado. Embora apresentasse ter alguma lentificação a nível de pensamento, não tinha evidências de alterações de memória ou percepção da realidade. Afirma também ter bastantes pesadelos após o seu internamento.

Ao longo dos acompanhamentos, notou-se claros sintomas depressivos “é mais um dia de infelicidade” (sic.), “sinto-me incapaz” (sic.), “eu sinto-me a 0%” (sic.), “gostava de ter força para seguir as suas palavras” (sic.) “estou a ficar depressivo” (sic.), de desesperança “neste momento não tenho objetivo nenhum, nem gosto pela vida” (sic.) e desânimo “já não leio muito bem por causa da posição” (sic.).

Começou a ter indícios de astenia marcada “eu canso-me muito a falar” (sic.), desmotivação “agora já não vale a pena fazer nada” (sic.) e angústia existencial “não sei o que ei de fazer à minha vida” (sic.) “não quero ser um fardo para a minha mulher” (sic.).

Tem algumas evidências de perturbações de memória a curto prazo “ela (a esposa) está cá tantas vezes que não sei se foi ontem ou anteontem” (sic.), “fogem-me as palavras” (sic.) porém, esse fator acaba por ser descartado por se assumir ser uma sintomatologia dos psicofármacos e/ou das suas patologias físicas.

Demonstra também desvalorização da sua própria vida, pois tem noção “que os meus dias estão contados” (sic.). Quando é questionado sobre o que gostaria de fazer ao longo deste tempo refere “não gostava de fazer nada, não tenho vontade de fazer nada” (sic.).

Existe uma clara contradição no seu querer, pois afirma que não precisa que os filhos o venham visitar “basta vir a minha mulher que eu fico feliz” (sic.), mas tem a percepção da felicidade que sente quando os filhos o fazem “fico muito feliz quando os meus filhos me visitam.” (sic.). Manifesta pouca vontade de receber visitas, dado ao seu estado geral e à diminuta disponibilidade para interação social, associada ao facto de ficar cansado rapidamente quando comunica. O contexto de dor e sofrimento vivido derivado à sua evolução patológica atual, assim como o sentimento de desvalorização pessoal gera preocupação sobre o impacto que a sua imagem poderá ter nos outros. Verifica-se a presença de uma preocupação existencial decorrente da percepção de que poderá ser um fardo para a sua família e terceiros.

Apresenta também um índice moderado de hipocinésia e, no decorrer do acompanhamento realizado ao doente, o mesmo tem momentos psicologicamente descompensados, acabando por confundir temas de conversa e as verdadeiras intenções das perguntas feitas. É notório uma diminuição da capacidade de concentração no decorrer dos diálogos e durante o seu discurso é de destacar o facto de mostrar sintomas de aprosodia.

No decorrer de todo o acompanhamento refere diversas vezes o seu estado depressivo, face à sua condição patológica “estou muito triste doutor, estou muito triste com a minha situação” (sic.), acabando por se repetir constantemente no tema das conversas. Refere que está preparado para aceitar a sua morte, no entanto, afirma ter medo da mesma, refletindo alguma incongruência no que respeita ao seu fim de vida. Apesar de sintomatologicamente controlado, ocorreram alguns episódios hipomaniacos e depressivos. Manifesta diversas vezes a presença de um humor deprimido com predomínio de anedonia e adinamia.

A toda a conjuntura patológica é também perceptível uma clara falta de autoestima, pessimismo e disforia.

3.2.1.4. Antecedentes pessoais

Há cerca de dez anos realizou uma cirurgia à próstata (não especificada) e há cerca de um ano atrás foi sujeito a uma cirurgia à bexiga, mantendo o seu padrão intestinal. Desde essa última cirurgia ficou com incontinência urinária.

No seu quadro patológico há que destacar também o facto de ter sido diagnosticado com Diabetes Mellitus Tipo II (não necessita de recorrer a insulina).

Quando já estava internado na presente unidade de saúde, testou positivo ao vírus do Covid-19 e esteve em isolamento durante um certo período de tempo, sem receber o devido acompanhamento familiar. Foi internado na psiquiatria por aparente agravamento do quadro depressivo, juntamente com queixas de dores abdominais, náuseas, recusa alimentar, emagrecimento e quebra do estado geral.

A Perturbação Bipolar Tipo II está associada a algumas ocorrências da vida do paciente, tais como, a morte do seu pai, um divórcio litigioso com a sua primeira esposa e o excesso de trabalho ao longo dos anos. Estes três momentos são mencionados pelo próprio paciente como a causa do seu estado psicológico atual e, contendo desta forma, um juízo crítico para a sua condição psicológica e física.

3.2.1.5. História pessoal e familiar

Paciente nasceu em junho de 1946 na cidade de Bragança. A sua infância foi passada em Trás-os-Montes até aos seis anos de idade. Tem uma irmã que reside atualmente em Bragança com o seu sobrinho. Teve também um irmão, que faleceu em 2000 com cancro do cólon, a mesma patologia que levou ao fim de vida do seu pai. Devido a esses antecedentes oncológicos, o doente foi aconselhado a realizar exames (colonoscopia) de quatro em quatro anos para controle e vigia de possíveis sinais e sintomas que caracterizam a doença.

Quando completou sete anos entrou para o Ensino Primário em Mirandela. Esteve lá durante cinco anos, pois no último ano a professora que estava a lecionar ausentou-se por razões pessoais e foram obrigados a repetir mais um ano.

Aos 12 anos ingressou no seminário e mudou-se para a Anadia, onde esteve a estudar durante quatro anos e meio. Os três primeiros anos correram bem, salientando que gostou muito de lá estar, no entanto, a partir do quarto ano, os seus gostos e objetivos começaram a mudar, pois disse que “não tinha vocação” (sic.) e que inclusive queria casar e ter filhos. Foi nessa altura que começou a entrar na puberdade e deu início a um processo de autoconhecimento e descoberta das suas partes íntimas, explorando mais o seu corpo e a sua sexualidade, referindo “fazíamos malandrices” (sic.). Admitiu que nessa fase tinha atos de masturbação juntamente com os seus colegas “agarrávamos as mãos uns aos outros e lá fazíamos” (sic.).

Após desistir do seminário, foi para Luanda aos 18 anos ter com o irmão para completar o Ensino Secundário. Conseguiu admissão no primeiro liceu noturno fundado pelo Estado Português. Trabalhava durante o dia num escritório, e estudava durante a noite. Permaneceu lá durante cerca de dois anos e depois regressou para Portugal para cumprir o serviço militar. Aos vinte e dois anos casou com a sua primeira esposa, tendo sido um casamento longo, mas que culminou mais tarde num divórcio problemático, causando bastante transtorno ao doente, referindo-se ao mesmo como um dos momentos que contribuíram negativamente para a sua perturbação patológica atual. Aos 30 anos de idade, teve o seu primeiro contacto com psiquiatria, não se tendo alongado muito sobre o assunto.

Chegou a pertencer ao Centro de Tropas de Operações Especiais, mais conhecidos como Rangers de Lamego, o qual se orgulha bastante devido às valências adquiridas. Referiu também que esteve a cumprir missão na guerra de Moçambique durante dois anos.

Mais tarde, decidiu que queria continuar a estudar e conseguiu a admissão na Faculdade de Letras, onde concluiu o Curso de Línguas Românicas (francês, espanhol e português). O utente indicou que o objetivo na altura ingressar no Curso de Direito, porém, não tinha possibilidades na altura, acabando por não referir se devido à média ou à situação económica. Começou a trabalhar inicialmente como bancário e só mais tarde como professor de línguas.

Teve três casamentos, dos quais, os primeiros dois resultaram em divórcio sendo que, do primeiro casamento teve dois filhos, a C.F. (52 anos) e o S.F. (50 anos). O primeiro divórcio foi litigioso o que acabou por ter uma marca bastante negativa na vida do paciente. Da sua segunda esposa, não teve qualquer descendência e após mencionar a sua existência demonstrou arrependimento “arrependi-me de ter falado nisso” (sic.) mostrando alguma angústia e revolta

quando relembrou o assunto. A sua atual esposa é viúva e tem um filho desse primeiro casamento, o E.X. (52 anos).

O seu filho biológico, é casado, tem dois filhos, é formado em Engenharia Informática e trabalha na banca. A relação com o seu filho é harmoniosa e saudável e recebe visitas com muita regularidade. A sua filha, é divorciada, nunca teve filhos, tirou o curso de jornalismo e exerce atualmente a profissão. A relação que o doente tem com a filha é um pouco mais distante e conflituosa, caracterizando-se pela discórdia constante nas suas ações e não prestando o devido apoio nas suas decisões. Quando questionámos o doente sobre quais eram as suas preocupações de momento, um dos pontos que ressaltou foi a diferença sentida durante o decorrer das visitas de cada um dos seus filhos. O facto da filha não lhe dar a devida atenção “vem ver o pai, está aqui umas quatro horas, diz-me duas ou três frases, a teclar no telemóvel” (sic.) referindo-se à mesma como “ela é uma tonta” (sic.). Quanto ao filho comenta o seguinte “o meu filho está meia hora ou uma hora, mas sempre a conversar com o pai.” (sic.).

O enteado, trabalha como PSP e tem uma relação afetiva bastante próxima com o doente. No entanto, acaba por não conseguir receber tantas visitas por parte do mesmo, pois o mesmo optou por não ser vacinado contra o Covid-19.

É casado há cerca de 20 anos com a sua atual esposa, a M.J., do qual nutre laços emocionais fortes e de grande cumplicidade, referindo-se carinhosamente a ela como “a minha santa mulher” (sic.). Apesar de ser uma das suas cuidadoras atuais, a sua esposa há cerca de quatro anos foi submetida a uma operação ao lóbulo inferior do pulmão esquerdo e, devido a esse problema de saúde, ficou mais débil.

O paciente tem um gosto especial por desporto e diz que, ainda hoje se tenta manter atualizado sobre todo esse universo. Quando era mais novo, um dos seus hobbies de eleição era correr, treinando duas e três vezes por semana. Refere que tinha também outro passatempo que lhe “reconfortava a alma” (sic.) que era jogar às cartas com os amigos.

3.2.1.6. Instrumentos de avaliação

3.2.1.6.1. Escala de avaliação de sintomas de Edmontan (ESAS)

Após feita a avaliação observa-se que existe uma oscilação da sintomatologia, demonstrando instabilidade sintomática, no dia da admissão do internamento apresentava uma *score* de 36 valores, sendo a medida mais baixa avaliada e a última medição de 42 valores, sendo esta a maior das avaliações feitas. Na escala constata-se que a dimensão da “depressão” e “ansiedade” tinham frequentemente valores de sintomatologia moderada a grave, tendo o seu maior registo ser de muito grave (9 valores de 10) nas duas dimensões, seguidos da dimensão

de “apetite” com frequência nos valores de moderada a grave, tendo pontuado pelo menos uma vez 9 valores de 10, onde demonstrada que havia uma grande falta de apetite. O sintoma com pontuação mais baixa foi da dimensão da “dor” com valores frequentemente leves.

3.2.1.6.2. *Palliative outcome scale (POS)*

Através do uso deste instrumento conseguimos perceber que houve uma ligeira melhoria da qualidade de vida do paciente, apesar do mesmo ter uma pontuação mediana de 14 valores quando foi admitido no internamento e a maior pontuação tendo sido na segunda medição (16 valores) durante o processo do seu internamento o POS traduz-nos que existe uma ligeira melhoria da qualidade de vida. Através da ilustração da Tabela 3, interpreta-se que a depressão e preocupação ou ansiedade de terceiros, como amigos e família face à sua condição, são as dimensões com a maior média ($M = 2.5$), significando que são os fatores que comprometeram a sua qualidade de vida.

Tabela 3. *Ilustração dos resultados obtidos do POS*

	13/04/2022	19/04/2022	04/05/2022	11/05/2022	Média
Dor	2	2	1	1	1.5
Outros sintomas	2	2	1	2	1.63
Ansiedade	3	2	3	2	2.5
Depressão	1	2	1	2	1.5
Bem-estar	1	1	1	2	1.25
Preocupação de terceiros	3	3	3	1	2.5
Informação transmitida	1	2	1	1	1.25
Partilha de sentimentos	1	2	1	1	1.25
Tempo Despendido	0	0	0	0	0
Contratempo	0	0	0	0	0
TOTAL	14	16	12	12	

3.2.1.6.3. *Palliative performance scale (PPS)*

Deste o dia da admissão do seu internamento que o doente obteve sempre o mesmo nível na escala PPS, com o valor de nível 50% na escala PPS, onde a sua mobilidade demonstra ser sobretudo sentado ou deitado, incapaz para qualquer trabalho ou atividade e evidência de doença extensa, no auto-cuidado há a necessidade de apoio com frequência, ingestão reduzida

e o estado de consciência na sua totalidade ou com períodos de confusão. Com este instrumento conseguimos observar a estabilidade do quadro clínico sem melhorias ou alterações funcionais.

3.2.1.7. Genograma

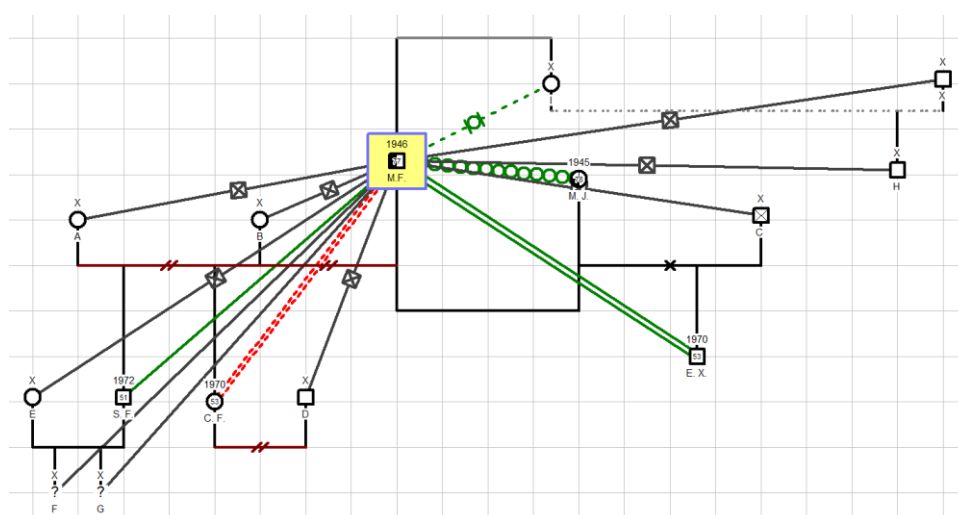
Da informação obtida durante as sessões de acompanhamento de M. F., a sua família é constituída pela sua esposa atual, terceiro casamento, onde tem uma forte relação emocional, devido à grande proximidade e companheirismo conjugal, pela sua filha, cujo laço afetivo é de discórdia, pois não apoia as suas decisões e, de certa forma, está em constante desagrado pela mesma não lhe dar atenção durante as visitas, pelo seu filho, que tem uma relação harmoniosa, pelo facto de o visitar mais vezes, fazer-lhe companhia durante as visitas e lhe ter dado dois netos, com quem tem uma proximidade afetiva dentro da normalidade, não partilhando mais informação acerca dos mesmos.

O seu enteado, filho da sua esposa atual, que mantém uma relação próxima, pelo apoio que tem fornecido.

A sua irmã, que se evidenciou haver um laço de reunião, embora os motivos de internamento, demonstrou felicidade com a visita da irmã que já não via há algum tempo. Veio acompanhada pelo sobrinho, do qual não há informação sobre laços emocionais que o paciente tinha com o mesmo.

Com os restantes membros familiares que são mencionados pelo doente, não são referidas quaisquer evidências sobre o grau de afetividade e/ou laços emocionais que tem com os mesmos.

Figura 1. Genograma do Caso Clínico de M. F.



3.2.1.8. Discussão do caso clínico M. F.

O caso clínico de M. F., assim como a patologia do mesmo, teve bastantes oscilações de desafio e dificuldades variadas, pois observou-se as várias fases da sua doença física e mental, estando por vezes mais debilitado num desses espectros e acabando por estar mais comprometido no outro, havendo a ausência de um balanceamento positivo de ambos.

M. F. tinha como crença que a sua doença física foi devido às “malandrices que fazia com os colegas” (sic) quando era adolescente durante o seminário e que estava a sofrer as repercussões dos seus atos, onde apenas a sua absolvição o poderia curar, “estou a pagar pelos pecados que cometi quando era mais novo no seminário” (sic), contudo evidência que não iria ser absolvido “estou assim (doença física) devido a um pecado confessado” (sic) havendo uma incongruência na sua estrutura de pensamento e/ou memória, pois a confissão durante o acompanhamento foi a posteriori o seu internamento e o seu diagnóstico, no entanto, não se descarta a hipótese deste “pecado confessado” ter sido a priori do diagnóstico de patologia física.

Demonstra preocupação ligeira com a sua condição psicológica, contudo dá mais ênfase à sua condição física, por ser a razão que o impossibilita de ter uma qualidade de vida melhor. Por sua vez, esta preocupação, observada através dos instrumentos de avaliação, traduz-se numa ansiedade a uma ameaça futura da qual não consegue escapar, condicionando-o a estar num estado oscilante de deprimido e depressivo “tenho medo de morrer (...) mas eu quero morrer” (sic.). Refere estar bastante triste com a sua vida, porque “sei que a minha família faz sacrifício e eu não correspondo (...) não correspondo ao carinho, à amizade” (sic.).

De uma perspectiva pessoal, observou-se uma prática produtiva na abordagem humanista adotada, evidenciada pelo indivíduo, verbalizando-o algumas vezes com a sua esposa nas visitas “o doutor Fernando é meu amigo, porque me ajuda a esclarecer aquilo que tenho sentido aqui dentro (metendo a mão no peito) e aqui dentro (fazendo um gesto circular, indicando o contexto em que está inserido)” (sic.), indicando que poderia estar a dar os primeiros passos para o seu caminho de autodireção (Hipólito, 1999).

3.2.2. Acompanhamento psicológico do caso F. C.

3.2.2.1. Dados de identificação do indivíduo

F. C., 30 anos, nacionalidade portuguesa, caucasiano, solteiro e sem filhos. É natural de Sintra, onde residia com a mãe. Concluiu o 9º ano de escolaridade (através do IPFP), tendo posteriormente iniciado alguns cursos, sem ter concluído nenhum deles. Não exercia nenhuma atividade profissional.

3.2.2.2. Motivo do internamento

Paciente internado para reabilitação física devido a politraumatismos provocados pela tentativa de autólise na linha metropolitana de Lisboa. No entanto, encontra-se na UCP devido à sua patologia psicológica de perturbação do espectro da esquizofrenia paranoide estar associada ao facto da sua doença ser considerada progressiva e incurável.

3.2.2.3. História da doença atual

Paciente foi admitido na presente instituição derivado de uma tentativa de autólise na linha metropolitana de Lisboa. Apresentou diversas sequelas e lesões, tendo sido internado na UCI, onde houve algumas intercorrências, sendo que as mais importantes a destacar foram dois episódios de *delirium* hipercinético.

Foi transferido para a psiquiatria, onde aparentava estar vígil, calmo e colaborante. Encontrava-se orientado nas três vertentes (espaço, tempo e pessoa), com uma diminuição da capacidade de expressão facial (hipomimia facial). A sua atenção estava dentro da normalidade, com um discurso espontâneo, coerente e organizado, mas com sinais de hipofonia. A nível de memória, aparentava falhas mnésicas sobre a ocorrência, afirmando que tinha sido um acidente e não uma ação propositada. Não foi apurada sintomatologia psicótica, tinha indícios de humor tendencialmente deprimido com sentimento de vergonha associado ao acontecimento. Expunha também o juízo crítico sobre a sua condição psicopatológica.

O internamento decorreu sem intercorrências psiquiátricas, mantendo a terapêutica previamente instruída e, por conseguinte, foi dado início ao acompanhamento psicológico. Não houve qualquer alteração do esquema de reabilitação motora, sendo significativamente visível o seu progresso e recuperação de mobilidade, ficando novamente com marcha independente, sem ajuda de terceiros.

Doente foi diagnosticado com Esquizofrenia paranoide, com ideação suicida, tendo feito sete tentativas de autólise, mas nenhuma bem-sucedida. Manifesta um sentimento de frustração perante o que aconteceu “nem para me matar fui capaz” (sic.). Nega qualquer plano ou ação concreta, bem como a motivação dirigida ao ato. Tendo em conta as várias tentativas de suicídio, revela um elevado grau de impulsividade com comportamentos autoagressivos.

Durante o acompanhamento existem ainda evidências de uma perturbação narcísica e delírios de grandeza. A sua postura, atitude e comportamento revelam exibicionismo (e.g. andar de manga cava com calções de licra e sem roupa interior). O paciente apresenta autorreferência delirante, onde o paciente se refere a si mesmo com ideia delirante de ser o foco da atenção, crente de que os acontecimentos casuais estão direcionados à sua pessoa.

Como a própria patologia indica, são visíveis os sintomas de paranoia, desconfiança e manipulação. O utente acha que está constantemente sobre escuta, omitindo alguns assuntos por essa razão, “esta merda está-me a ouvir (aponta para o telemóvel)” (sic.). Chega a dar o exemplo do *Neuralink* do empresário e empreendedor Elon Musk para tentar manipular a sua crença. Durante as visitas existem um conjunto de momentos em que se pode verificar algumas tentativas de manipulação perante determinados assuntos que o deixam desconfortável utilizando o pretexto “perdi o raciocínio” (sic.) como forma de desculpa para fugir ao assunto. A forma como tratava os psicólogos diferia de acordo com o interesse que tinha perante algum assunto. Quando havia necessidade de ter atitudes mais ríspidas e assertivas com o paciente, a atitude do mesmo transparecia a de um adolescente. Quando os psicólogos comunicavam com o paciente de uma forma mais branda, era notório a mudança de atitude, tornando-me mais acessível.

Nas primeiras sessões de acompanhamento revela-se colaborante, apresentando algum receio relativamente ao seu futuro, enquanto falava no contexto de eutanásia citando, “vou num veículo (reinserção social) em que o destino possa ser esse” (sic.). Demonstrou sinais de desesperança quanto a esse futuro, pois temia voltar novamente a ser encaminhado para a vida que tinha anteriormente, nomeadamente, vida familiar empobrecida, “comia todas as noites arroz com salsichas” (sic.), e vida social comprometida por influência de terceiros devido às suas atitudes e comportamentos, “para entrar no grupo deles metiam-me à prova (pausa curta), tipo testavam-me para ir gozar e bater nuns gajos” (sic.), demonstrando arrependimento e ferindo a sua autoestima.

Quando se aborda o assunto relacionado com consumo de drogas, o paciente confessa o seu hábito tabágico, referindo que neste momento tem um consumo bem mais moderado. Confessa também que consumiu canabinoides uma vez. Contudo, ao longo das sessões, o tema é novamente abordado e acaba por confessar que ainda o faz com alguma regularidade, existindo também a evidência indireta de que o próprio admite o consumo de cocaína, sem se aperceber que o está a fazer. Defende e aprova o consumo de drogas para efeitos medicinais.

No decorrer das conversas com o paciente existem claras falhas de memória devido ao efeito da medicação e algumas quebras de raciocínio, “perdi-me agora (pausa curta), diga-me lá só onde é que eu estava” (sic.). Tem dificuldade de expressão e construção frásica quando começa a tentar explicar um determinado acontecimento. O seu discurso é pouco organizado e disperso. Não apresenta atividade delirante relevante, porém, quando estimulado durante uma conversação, consegue-se apurar alguns delírios de ruína e perseguição. Quando questionado

se ouvia vozes, o mesmo afirma que não, não apresentando sinais de atividade alucinatória. Por vezes, quando questionado sobre o propósito de um determinado assunto, apresenta contantes fugas de pensamentos.

Ao conduzir a conversa para o contexto da sexualidade, o paciente manteve-se sempre defensivo, acabando por responder a algumas questões, no entanto, a maioria das vezes tentava desviar o assunto, “quero focar as minhas energias na minha recuperação” (sic.). Indica que a sua libido se encontrava boa e refere que a masturbação era um ato errado e que o prejudicava, admitindo ter receio de ficar novamente viciado na mesma, como já aconteceu no passado. Quando é abordado o assunto da pornografia afirma, “já experimentei *live sex*” (sic.), salientando que nunca colocou nenhuns dados bancários, pois sublinha, “sei que essa gente me rouba logo o dinheiro” (sic.). Admite que não queria ver pornografia, não só porque se está a focar mais na sua saúde física, mas também por medo de estar a ser observado pela câmara do telemóvel e futuramente acabar por ser chantageado com esse conteúdo, revelando novamente indícios de um delírio persecutório.

Foi abordado várias vezes quanto a questões homossexuais, defendendo-se sempre com argumentos como “não penses que sou paneleiro (pausa curta), não tenho nada contra eles” (sic.), “homens não me dão tusa” (sic.), “não sou paneleiro (pausa curta), parece que me estás a chamar um paneleiro passivo” (sic.), não querendo/sabendo explicar o porquê desta afirmação. Assumiu de forma clara que já teve pelo menos uma experiência homossexual, relatando a mesma com arrependimento “não sei porque o fiz, não tinha a cabeça no sítio” (sic.). Desta forma, estão presentes indícios de homossexualidade reprimida, onde demonstra alguma repugnância sobre o ato e salienta que nunca o foi forçado a fazer. Quando lhe foi pedido para explicar a expressão mencionada anteriormente “paneleiro passivo”, a resposta foi sempre evitada, defendendo-se com outras expressões, “quem te ouvir falar parece que me queres comer, pá” (sic.), “eu não sou nenhum violador, se fosse e se isso fosse permitido eu já tinha violado a maior parte do pessoal daqui” (sic.), onde é perceptível o delírio de grandeza demonstrando sentimento físico de poder em contraste com a realidade. Revela que a sua segunda experiência teve um destaque mais negativo do que as outras, pois houve sofrimento e dor, não fazendo mais referência à mesma e afirmando “depois foi tudo com mulheres” (sic.). Devido ao facto de assumir explicitamente que já teve um ato de relação sexual com uma pessoa do sexo masculino, mostrou arrependimento embora o mesmo possa ser interpretado pelo o ato ou pela confissão, não sendo claro nesse sentimento.

Ao questionar o paciente sobre perspetivas familiares futuras, admite que gostava de deixar o seu legado, demonstrando o desejo de ter filhos para seguir a sua linhagem, mas sem mostrar sinais de afetividade ou emoção em relação ao tema de ser pai, apenas afirma que quer ser pai com o propósito de continuar a sua linhagem.

Durante o seu internamento, esteve isolado durante um período de tempo, pois testou positivo à Covid-19, tendo sido medicado pelos sintomas apresentados pelo vírus. Na primeira visita após estar isolado temporariamente, o doente demonstrava evidências repentinas de exibicionismo com as afirmações, “já viste como estou, decidi rapar o cabelo de lado e deixar uma crista e fiz a pera assim (aponta para o queixo), tipo mosca, achas que ficou bem(?) decidi mudar um pouco (diálogo feito em frente do espelho)” (sic.). Quando confrontado pela razão do seu comportamento, responde objetivamente “sanidade e boa disposição” (sic.). Apresentava-se descompensado devido aos sintomas e medicação do covid. No decorrer do acompanhamento, houve evidências de delírio persecutório, “a primeira vez que criei um e-mail, onde meti os meus dados e dei o acesso a esse e-mail a uma pessoa, uns anos mais tarde penso que os meus dados tinham sido usados para outras coisas e me fazerem mal” (sic.), paralogismos e esquizoafasia que é caracterizada numa espécie de “salada de palavras”, “vou te dar um contexto diferente, um caranguejo com pinças azuis, praticamente, recogita musgo amarelado, faz (pausa curta), traz coisas saudáveis e leva coisas de confeção (pausa curta), mercadorias, e vira coach num *tuc-tuc*. Eu sei, eu sei, é muita merda para um cagalhão (riso)” (sic.). Esta última citação do paciente foi uma tentativa de explicar um sentimento/emoção, não conseguindo, nem de forma parcial, transmitir o que estava a sentir, sendo notório o seu estado de descompensação. Quando confrontado com o isolamento e outras limitações associadas responde “aqui tratam-me bem, mas a minha liberdade está em causa” (sic.).

Após autorização da equipa de psicologia e sobre a devida supervisão, o paciente saiu da clínica para o exterior, tendo se observado durante o percurso até à farmácia (com o objetivo de comprar pastilhas antitabágicas), muita insegurança e a mais uma vez a presença de delírios persecutórios, “as pessoas olham para mim e veem um gajo muito alto, a mancar da perna e começam logo a pensar coisas” (sic.). Com uma verbalização e tom ameaçador referiu “eu agora se quisesse dava-te porrada, atirava-te para o chão e apanhava um *uber* ali à frente”. (sic.). Conseguiu ser autónomo ao realizar o pedido na farmácia, solicitando o que pretendia, porém, sempre com atitudes de incerteza quanto aos fármacos que queria, uma vez que não havia a marca e gramagem que tinha em mente. No final, quando foi para efetuar o pagamento, desculpou-se várias vezes de uma forma desnecessária, por só ter duas notas de vinte euros.

Desde o momento em que saiu da clínica que queria levantar dinheiro sem uma razão aparente, indicando ao longo do caminho que queria e precisava de levantar dinheiro, apenas porque “precisava de pagar umas coisas.” (sic.).

3.2.2.4. Antecedentes pessoais

Paciente com hábitos tóxicos, nomeadamente tabagismo, consumo esporádico de canabinoides e álcool, em contexto social. Nega o consumo de outro tipo de substâncias, contudo, durante o decorrer do acompanhamento consegue-se evidenciar o consumo de estupefacientes.

Foi sujeito a uma cirurgia ao pé esquerdo, a qual não temos conhecimento sobre o ano exato em que foi realizada. É de destacar também o facto de o doente ter sido diagnosticado com epilepsia.

É seguido em Psiquiatria desde 2009, com diagnóstico inicial de Perturbação do Desenvolvimento e Perturbação da Personalidade, com traços de predomínio esquizotípico e antissocial. Ao longo dos tempos desenvolveu um quadro patológico caracterizado por ideação delirante autorreferencial e sintomatologia negativa, nomeadamente, embotamento afetivo, alogia, isolamento social progressivo e avolia associada a uma recuperação negativa no seu desempenho escolar.

Posteriormente foi estabelecido o diagnóstico de Esquizofrenia na sequência de vários internamentos derivados da descompensação da sua patologia base aliada a alterações comportamentais, heteroagressividade, baixa tolerância à frustração e ideação suicida, sendo que, a primeira tentativa ocorreu em 2011. Essa primeira tentativa foi com base na ingestão de fármacos, não tendo muita memória após a ação. A primeira memória que ressalta foi o ter acordado já no hospital “a primeira tentativa foi com comprimidos quando estava a ir para o trabalho com o meu pai. No final do caminho lembro-me de cair e acordei no hospital a dizerem-me que tinha vomitado sangue” (sic.). A segunda vez que tentou colocar fim à sua vida foi através de uma tentativa de enforcamento “prendi um cabo da eletricidade (pausa curta), uma extensão no pescoço e meti-me em cima de uma árvore. Quando estava a atar o cabo à árvore, escorreguei e ao cair, com a minha força o cabo partiu-se” (sic.). Na terceira tentativa de autólise não tinha conhecimento total das consequências reais que derivaram dessa ação, acabando por ter uma noção distorcida e uma intuição delirante do resultado final “estava frustrado e tinha uma bala na mão, mas como não tinha pistola acendi, fiz isto (baixou a cabeça, ficando paralela à mesa, simulando que estava a encostar a bala à testa) e acendi o isqueiro (pausa curta) e fiquei à espera. Depois desta merda rebentou-me na testa e na mão (mostrando as cicatrizes que tem

na mão e na testa)” (sic.). Quanto à quarta, quinta e sexta tentativa, foram através do consumo de fármacos, assim como na primeira, no entanto, não adiantou mais detalhes sobre o assunto, desculpando-se “estou cansado, não quero falar mais dessas merdas” (sic.). A última tentativa de suicídio foi na linha metropolitana de Lisboa, acabando por originar diversas lesões.

As suas ideias de suicídio assumem um carácter de sobrevalorização, indo ao encontro de alterações de pensamentos que, neste caso, não o conduziram o doente à morte, pois nenhuma foi concluída com sucesso. Analisando todas as ocorrências, observamos que não houve uma planificação suicida previamente estruturada.

O paciente chega a admitir que já pensou em pôr fim à sua vida várias vezes, mas que considera “um ato covarde e egoísta” (sic.).

3.2.2.5. História pessoal e familiar

Utente tem 30 anos e viveu na Musgueira até aos 5 anos de idade, não mencionado com quem vivia.

Revelou ter ido viver com o pai a partir dessa idade, com o qual ainda mantém contacto. É filho de pais separados e ao longo do acompanhamento existem evidências de que foi criado maioritariamente pelo pai, “tentou-me criar como um homem” (sic.), tendo recebido uma educação fria por parte do mesmo. Contou que chegou a ser expulso de casa pelo próprio pai, mas não mencionou o motivo pelo qual isso aconteceu. Admitiu que sofria de violência doméstica por parte do pai, no entanto, “era para me educar” (sic.). Na altura teve um sentimento de revolta e frustração chegando a admitir teve pensamentos bastante negativos ao ponto de ter vontade de tirar a vida do próprio pai. Quando era mais novo e começou o Ensino Primário, lembra-se do pai lhe dizer “agora faz o teu trabalho que eu faço o meu” (sic.). Refere que nunca teve muita liberdade para ter a sua própria opinião ou para interagir socialmente após o pai se ter juntado “com alguém ou algo” (sic.), refere isto após ter reprovado no 5º ano e ter sido submetido a episódios violentos. Assume que sentiu indiferença sobre o facto de o pai estar com outra pessoa indicando “eu sei, eu sei, eu sempre fui assim muito apático, eu acho que também era psicopata” (sic.). Quando questionado sobre o motivo pelo qual se achava psicopata narrou o seguinte: “tive uns indícios quando tinha aí uns seis ou sete anos (pausa curta), só agredi o gato, eu na minha boa vontade, dei comida ao gato, o gato foi comer, dei-lhe uma festa, comecei a dar-lhe festas assim de boa e o gato mordeu-me na mão” (sic.), depois desta resposta empática, acrescenta “e depois ainda usei violência, usei violência até que o matei” (sic.). Admite que foi um ato de raiva e que, sempre que ia a caminho da escola, olhava para o céu e lembrava-se “do céu dos gatos” (sic.). Após alguns minutos acaba por confessar que antes de o

matar, torturou-o, “então meti o gato dentro da mala, e depois pronto, andava a dar com a mochila pela parede, no chão e merdas assim” (sic.). É de realçar que estes episódios foram descritos durante uma sessão de acompanhamento onde ele apresentava um índice de descompensação significativo. Podemos observar evidências de uma personalidade antissocial em idade precoce no seguimento do acontecimento relacionado com a tortura animal.

Mesmo tendo pouca presença afetiva, fez uma tatuagem de um cavalo-marinho, que é o único animal, onde o macho é que dá à luz. Essa representação acaba por revelar uma forma de chamar a atenção perante uma ação, ação essa que não é aprovada pelo pai, pois não gosta de tatuagens.

Completo o 9º ano de escolaridade através do IEF. Mostra vontade de aprender e estudar e em julho de 2020 conseguiu a admissão no curso online de informática para poder ter a equivalência ao 12º ano, mas acabou por não finalizar o mesmo. Em fevereiro de 2021 iniciou a formação de aprendiz de pedreiro, a qual também não concluiu. Destaca ainda que não terminou um dos cursos, não especificando qual, por ter entrado em depressão. Presume-se que foi o primeiro pois menciona que foi antes do incidente que aconteceu no metropolitano de Lisboa. Gosta de tudo o que está relacionado com tecnologia e durante o acompanhamento consegue-se perceber que está constantemente agarrado a aparelhos digitais. Mostra também um grande interesse por música, mais especificamente por rap e revela, que inclusive canta e produz canções.

Quando era mais novo, considerava-se um jovem problemático. Quando confrontado com a parte social, apenas refere que tinha amigos e que faz videochamadas com eles de vez em quando, não se alongando muito sobre o assunto e mencionando, “mas isso era eu a ser um puto estúpido” (sic.).

Já desempenhou algumas atividades profissionais como “obras, reposição e jardinagem” (sic.). Assinala que a nível de objetivos profissionais não sabe ao certo o que realmente quer fazer, mas quer ser independente. Ainda refere que gostava de apostar num negócio próprio, dando como exemplo “ter uma empresa de segurança” (sic.).

Relativamente aos antecedentes familiares, destacamos a sua mãe com diagnóstico de Esquizofrenia, estando a ser acompanhada e sendo o único familiar conhecido com doenças do foro psicológico. Foi possível observar durante as chamadas telefónicas que a mãe aparenta revelar traços de compreensão lenta e pouca maturidade. Aparenta ser uma pessoa subjugada perante o filho. O paciente demonstra alguns impulsos negativos quando fala com a mãe, nomeadamente, irritado e ligeiramente exaltado. Após a última tentativa de suicídio, foi-lhe

questionado qual a reação da sua mãe, ao que respondeu “a minha mãe não reage normalmente as situações graves” (sic.). Após essa resposta ainda acrescentou o facto da sua mãe ser emocionalmente apática.

Quando recebeu uma chamada da mãe, durante o decorrer da conversa revelou falta de paciência, falta de educação e alguma arrogância no tom de voz utilizado. Falou com a própria mãe com um tom autoritário e ditatorial. Observámos alguma incongruência nas suas palavras durante o decorrer das várias sessões. O facto de ter falado de forma ríspida com a sua mãe e, mais à frente, ter afirmado que valoriza muito a mulher, contradizendo-se perante as suas ações. Dirigiu-se à mãe com um tom imperativo “ouve, o teu trabalho era vires, entregares-me as coisas e eu falar contigo” (sic.), rebaixador “e a esta hora inteligente?” (sic.) e de desvalorização “também não serves para o que é preciso” (sic.). O tema relacionado com a mulher é abordado mais do que uma vez ao longo de todo o acompanhamento e nota-se que existe uma necessidade grande de se redimir perante o comportamento para com a sua mãe (violência doméstica).

Embora nunca ter referido de forma explícita, subentendeu-se através de algumas evidências durante todo o acompanhamento que agredia fisicamente e verbalmente a figura materna. Narrou também um episódio que aconteceu durante aquela altura “agredi fisicamente o meu vizinho porque eu ouvia ele a ter relações sexuais com a minha mãe.” (sic.). Sempre que o tema da figura maternal era abordado indica que quer ir ter com a mesma para a ajudar e se redimir e ressalta que não quer que a mãe o venha visitar, dando sempre um motivo diferente do outro, não mostrando consistência nem coerência naquilo, “porque não a quero aqui presa” (sic.), “porque não tem transporte” (sic.), “porque lhe ofereci um cão e depois ele fica sozinho e a PAN e o IRA vão denunciá-la” (sic.). Mostra-se desconfortável e irrequieto fisicamente quando se aborda o contexto da sua relação com a mãe.

O tema da ex-namorada é também abordado, o qual demonstra desconforto e pouco à vontade perante o mesmo indicando que não quer falar sobre o assunto, e tenta rapidamente encerrar o mesmo. Apenas sublinha que é quem o visita mais vezes.

Refere a existência de uma amiga “especial”, sendo pouco explícito sobre quem é exatamente essa pessoa, existindo fortes evidências de que pode ser a ex-companheira a que se refere no primeiro dia de acompanhamento. Não recusa falar sobre essa amiga, contudo, quando é abordado sobre esse assunto, observa-se que manipula a conversa de forma a não ir de encontro ao objetivo principal, pois tem receio de estar a ser vigiado e ouvido por terceiros através de aparelhos eletrónicos. A sua patologia de vertente paranoica desperta este tipo de comportamento, o qual é visível em vários momentos durante as sessões.

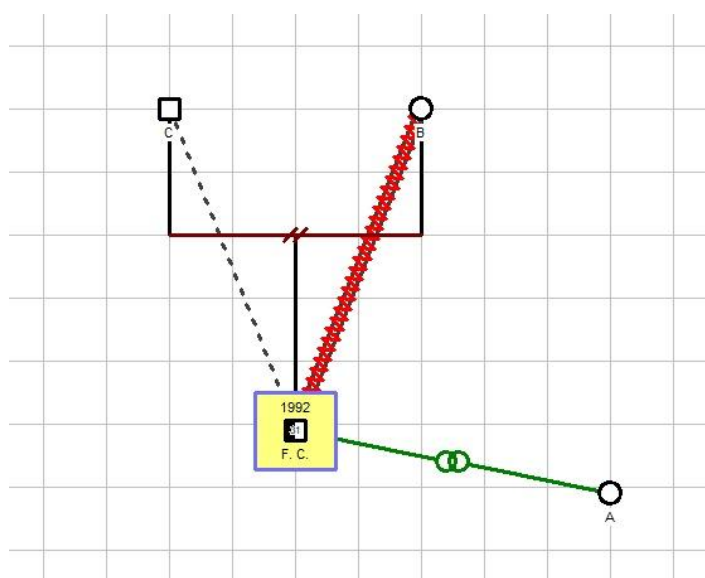
Não tem qualquer memória dos avós, não referindo se maternos ou paternos e relativamente aos restantes familiares, afirma não ter contacto com quase nenhum familiar, não fazendo qualquer outra menção dentro do tema familiar.

3.2.2.6. Genograma

Não existindo muitas evidências, relatos ou dados adicionais sobre o seu seio familiar ou terceiros, apenas se pode constatar, que F. C. é descendente de um casal divorciado e disfuncional, tendo sofrido de maus-tratos físicos pelo progenitor enquanto criança, gerou-se uma relação distante, contudo com índices de evidência de se querer aproximar ou de agradar o mesmo. Já na sua relação com a mãe, praticava atos de violência doméstica, criando uma relação emocional de violência física, conforme visto na Figura 2.

Embora não haja informação completa, sabe-se que F. C. tinha uma pessoa que o ia visitar ocasionalmente, pessoa essa que revela um grau emocional apaixonado, nomeando-a, partindo do princípio que é a mesma pessoa, indo de encontro às evidências obtidas durante o acompanhamento, “a ex-namorada; amiga especial; pessoa presente na minha vida; uma grande amiga; pessoa com laço afetivo” (sic.) demonstrando que este relacionamento emocional apaixonado, é de certa maneira ambivalente, pois F. C. está apaixonado por essa pessoa, assim como está apaixonado pelo seu sentimento de orgulho de se ter apaixonado por tal pessoa, “essa pessoa foi escolhida bem, tive olhos na cara, eu sei (pausa) não é fácil encontrar pessoas dessas” (sic.) revelando uma evidência clara da sua personalidade narcísica.

Figura 2. Genograma do Caso Clínico de F. C.



3.2.2.7. Discussão do Caso Clínico F. C.

O acompanhamento deste caso foi bastante desafiante e paradoxal, pois trata-se do internamento de um paciente para reabilitação física em contexto de cuidados paliativos devido à sua patologia mental o ter levado a um comportamento de impulsividade autoagressiva de tentativa de suicídio (Silverman, 2006). Contudo o caso na sua teoria não foi o único desafio encontrado, a sua prática foi delicada, elaborada, exploratória e rica, onde houve a oportunidade de presenciar a patologia do espectro da esquizofrenia assim como os seus outros traços em várias fases e momentos. (Barreto et al., 2010). Pode-se evidenciar que este indivíduo estava em constante conflito interior, pela sua infância e vivência do divórcio parental, da sua experiência de ter torturado um animal, revelando um comportamento de personalidade antissocial. O insucesso escolar, desmotivando-o academicamente e levando-o à violência física transparecendo a sua frustração, embora o mesmo admitir que era bastante apático na altura.

Os seus comportamentos no final da sua adolescência e início de vida adulta de tentativas de suicídio, vão de encontro aos seus comportamentos auto-lesivos parecendo demonstrar uma atitude de chamada de atenção, devido à criatividade de como foram concebidos, sendo que a última tentativa teve um grau impactante e mais ameaçador de efetivamente por um fim à vida (Hawton & Heeringen, 2009).

Revela ser uma pessoa claramente perturbada devido às suas experiências de vida, com atos bizarros e paradoxais de punição ao seu ser, contudo com indícios de redenção e de crença de ir num processo de tratamento de reinserção social, para “continuar com a minha vida, ter o meu trabalho, ganhar o meu dinheiro e ter a minha família” (sic.), revelando objetivos para o seu futuro, embora tenha sido explorado mais a vertente do foro profissional, este tema não foi inteiramente explorado e desmistificado.

Resumindo a complexidade deste caso, este internamento é feito para CRF, no entanto, encontra-se internando em contexto de UCP devido à sua patologia psicológica ser uma doença progressiva e incurável, comprometendo desta forma o comportamento e ações de quem a possui quando se encontra numa fase aguda ou descompensada, por falta ou falha dos efeitos psicofarmacológicos. Assim é uma patologia do foro psicológico que tem uma perspetiva paradoxal, sendo o seu efeito equivalente a uma patologia física de uma doença de fase avançada e incurável que limita o seu tempo de vida.

Conclusão

Numa perspetiva individual, este estágio demonstrou ser uma experiência inigualável, motivante e enriquecedora, devido a importância que o trabalho de estágio teve em relação aos doentes e familiares da UCP, havendo um sentimento de reciprocidade, por estar a promover o seu bem-estar, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida e por disponibilizarem o acesso à aprendizagem que é ser estagiário de psicologia, no contexto das suas patologias e do processo de conhecimento mais próximo do luto. Numa perspetiva profissional, toda a aprendizagem teórica e prática absorvida pela experiência da observação do papel do psicólogo nas várias fases do processo de estágio, pelas reuniões multidisciplinares onde houve um grande leque de informação sobre vários conceitos fora do âmbito da psicologia, mas que complementam a mesma, que auxiliaram e facilitaram esse conhecimento.

Acerca dos casos clínicos que tive o privilégio de acompanhar, todos tiveram uma contribuição especial e única, sendo que cada caso foi uma janela aberta de conhecimento adquirido, com destaque nos dois casos que apresentei neste relatório, pois foram bastante gratificantes e enriquecedores na prática clínica da área.

De realçar no contexto atual nacional, que a centralização dos fatores “psicologia” e “cuidados paliativos” é de elevada relevância, devido aos índices atuais de uma faixa etária envelhecida da população portuguesa (Pordata, 2023), o que se pode traduzir nas ocorrências de consequências, não só de doença física, mas sobretudo de perturbações do foro psicológico, sendo de grande importância, manter ou assegurar o bem-estar e a qualidade de vida desses indivíduos.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Climepsi Editores.
- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde (ISSN 1980-1769)*, 12, 12-2010.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1988). An inventory for measuring depression. *A Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e Rompimento de Vínculos Afetivos*. Martins Fontes.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia centrada na pessoa: Um paradigma revolucionário*. Lisboa: Edual.
- Breitbart, W., McClain, C., & Rosenfeld, B. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- Breitbart, W., Pessin, H., & Kolva, E. (2011). Suicide and Desire for Hastened Death in People with Cancer. In D. Kissane, M. Maj, & N. Sartorius (Eds.), *Depression and Cancer* (pp. 35-48). John Wiley & Sons, Ltd.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., & Pessin, H. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., & Gibson, C. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19(1), 21-28.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*, 7(2), 6-9.
- Caldeira, C. (1979). *Análise Sociopsiquiátrica de uma Comunidade Terapêutica: Aplicação do Modelo Antropoanalítico em Psiquiatria Social*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., & Breitbart, W. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753-762.
- Chochinov, H. M., Wilson, K., Enns, M., & Lander, S. (1998). Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, 39(4), 366-370.

- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. (1997). Are You Depressed? Screening for Depression in the Terminally Ill. *The American journal of psychiatry*, 154(5), 674-676.
- Coelho, A., & Barbosa, A. (2017). Family anticipatory grief: An integrative literature review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(8), 774-785.
- Coelho, A., de Brito, M., & Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: Phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 52-57.
- Coelho, A., Siva, C., & Barbosa, A. (2017). Portuguese validation of the Prolonged Grief Disorder Questionnaire-Predeath (PG-12): Psychometric properties and correlates. *Palliative & Supportive Care*, 15(5), 544.
- Decreto-Lei nº 241/94 de 22 de setembro. Diário da República nº 220/1994 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Fancher, T. L., & Kravitz, R. L. (2010). Depression. *Annals of Internal Medicine*, 152(9), ITC5–1.
- Ferreira, P. L., & Pinto, A. B. (2008). Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 111-124.
- FSJD (2021). Fundação S. João de Deus. Disponível em: <https://www.fsjd.pt/>
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hawton, K., & Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-Organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Fim de Século.
- Leal, I. (2004). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: ISPA.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome: A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12-21.
- Kübler-Ross, E., Wessler, S., & Avioli, L. V. (1972). On death and dying. *Journal of the American Medical Association*, 22(2), 174-179.

- Maciel, M. G. S. (2008). Definições e princípios. *Cuidado paliativo*, 15, 18-21.
- MacKay, D. (1975). Clinical psychology: theory and therapy. In Herriot, P. (Ed.), *Essential psychology*. London, England: Methuen.
- Marques, A. L. (2014). História dos Cuidados Paliativos em Portugal. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(1), 7-12.
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient care*, 14(152), 32-38.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- Matos, A. (2007). *A depressão*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Matsumoto, D. Y. (2009). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *Manual dos Cuidados Paliativos*, 14-18.
- Monteiro, D. D. R., Kruse, M. H. L., & Almeida, M. D. A. (2010). Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment system em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista gaúcha de enfermagem*, 31(4), 785-793.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da Abordagem Centrada na Pessoa. *Estudos de Psicologia*, 27(4), 537-547.
- Moreno, A., Moreno, D., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(1), 39-48.
- Neto, I. G. (2010). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nussluck, R., & Frank, E. (2001). Subthreshold Bipolarity: Diagnostic Issues and Challenges. *Bipolar Disorder*, 13(7-8), 587-603.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2022). *Cuidados Paliativos*. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lopp_no_a_mbito_dos_cuidados_paliativos.pdf
- Palmer, B. W., Dawes, S. E., & Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia?. *Neuropsychology review*, 19(3), 365–384.
- PORDATA (2013). Estatísticas Sobre Portugal e Europa. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grupo+etario-10>
- Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. P. (1996). *Psicologia Clínica da Saúde. Análise Psicológica*, 589-599.

- Ribeiro, J. P., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225-237.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora.
- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Lisboa: Encontro.
- Rogers, C. (1959). *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. Psychology: A Study of a Science: Formulations of the person and the Social Context (Vol.3). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. J. (2012). *Manual de psiquiatria clínica*. Artmed.
- Saffi, F., Savoia, M., & Neto, F. L. (2008). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. In A. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais*, (3ª ed., pp. 285–298). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C., Magalhães, P. V. da S., Barbosa, A. P. P. N., & Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro - doentes*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Saunders, C. (1993). Introduction: History and challenge. In C. Saunders & N. Sykes (Eds.), *The Management of Terminal Malignant Disease* (pp. 1-14). Hodder and Stoughton.
- Shelton, R. C. (2007). The Molecular Neurobiology of Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(1), 1–11.
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 99-112.
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 36, 519-532.
- Soares, J. C., & Gershon, S. (2000). The Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder. *Bipolar Disorder* 2(1), 1-2.

- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with the bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48-66.
- Tavares, F. A. G. (2010). *Acuidade prognóstica em fim de vida: valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1(18), 3-14.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- World Health Organization (2022). Palliative Care. Disponível em:
<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- World Health Organization (2022). Schizophrenia. Disponível em:
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization (2001). Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 261-440.