



**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

**A PSICOLOGIA CLÍNICA EM CONCEITO HOSPITALAR COM ADULTOS MAIS  
VELHOS. DEPRESSÃO E LUTO.**

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

Ana Rute Valador Ligeiro Duarte Conrado – N° 20111030

**ORIENTADOR:** Professora Doutora Iolanda Galinha  
*Universidade Autónoma de Lisboa*

Lisboa, 2016

“Sejam todos prontos para ouvir, tardios para falar e tardios para irar-se”  
Bíblia Sagrada - Tiago 1:19

## **Agradecimentos**

No decorrer de todo o meu percurso acadêmico várias pessoas ajudaram-me a alcançar os meus objetivos, e acima de tudo a concluir esta etapa da minha formação profissional. Por esse motivo expresso os meus agradecimentos:

A Deus, a Ele toda a Glória toda a Honra e Louvor.

Aos amores da minha vida, Sérgio, Daniel e Miriam - *Amor Omnia Vincit*.

Aos meus pais e família por toda a confiança e apoio. Avós...até breve.

Patrícia, Annie e Ana porque há amigos tão chegados como um irmão.

À Dra. Odete Vieira, pelos seus ensinamentos e exemplos e todo o acompanhamento do trabalho desenvolvido no local de estágio.

À Professora Iolanda Galinha, por toda a sua dedicação e entrega, por todos os seus ajustes e comentários que em tudo contribuíram para a concretização deste relatório de estágio.

Ao Hospital de Santa Maria e a toda a equipa de psiquiatria.

A todos os professores do ISMT, e a todos os professores da UAL, que com a sua enorme dedicação e carinho, me ajudaram durante o percurso académico.

Agradeço a todos os pacientes de gerontopsicologia que contribuíram para o desenvolver deste trabalho.

A todos, muito obrigada.

## Resumo

O presente relatório representa o trabalho final para conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio foi realizado na unidade de psiquiatria do Hospital de Santa Maria, no serviço de geriatria. Apresentamos os resultados da pesquisa, que foram utilizados para explicar as razões, pelas quais, a abordagem Cognitivo-Comportamental é usada para diminuir os sintomas problemáticos. Serão também apresentados, dois casos dos quais fazem parte a história clínica, a síntese dos acompanhamentos, a avaliação psicológica, a discussão clínica e a reflexão pessoal dos mesmos. Os resultados observados no decorrer do processo da aplicação das técnicas, revelaram-se positivos, na medida em que se verificou uma mudança comportamental por parte dos pacientes. Embora não tenha sido realizada uma avaliação no final da intervenção, foi possível observar uma adaptação dos indivíduos às metodologias sugeridas e uma atitude proativa face ao futuro, ao invés dos comportamentos patológicos apresentados nas primeiras sessões. Por outro lado, reconhecemos que o trabalho desenvolvido podia ter sido mais profundo, ao nível da estrutura psicoemocional dos casos para além do trabalho ao nível de redução dos sintomas. Sugestão para futuras intervenções nesta população consiste em implementar e analisar a eficácia de outras teorias e terapias como a EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), em casos de trauma e terapia do esquema, para uma mudança mais estrutural dos comportamentos.

Palavras Chave: Depressão, Luto Patológico; Abordagem Cognitivo-Comportamental; Adultos mais Velhos.

## **Abstract**

This report aims to present the final work to conclude the Masters in Clinical Psychology and Counseling, of the Universidade Autónoma in Lisbon. The internship has been taken place in the psychiatric unit of the Santa Maria Hospital, in the geriatric direction. This report presents the results of literature studies to explain the problematic areas that exist within the target population and to explain why many techniques from the Cognitive-Behavioral approach have been used to diminish the problematic symptoms. It includes two separate case studies which contains the patient's clinical history, the synthesis of the accompaniment, a psychiatric evaluation, clinical discussions and personal reflections. The results observed during the implementation of the learned techniques were reassuring because of the positive behavioral impact noticeable in the patients. Although an evaluation at the end of the intervention was not possible, the individuals demonstrated they could adapt to the suggested methodology and showed a positive attitude towards the future instead of the pathological behavior which was clearly visible during the first sessions. At the other hand, we recognize that the work could have been more developed at the level of psycho-emotional structure of the patients instead of reducing the symptoms. Suggestions for future interventions with this targetgroup consist in implementing and analysing the efficiency of other theories and therapies like EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) in cases of trauma and Schema therapy to have a more structural change of behaviors.

Keywords: Depression; Pathological Grief; Cognitive-Behavioral Therapy; Older Adults.

## Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract .....	V
Índice .....	VI
Lista de Figuras .....	VIII
Lista de Tabelas.....	IX
Parte I – Contextualização do Local de Estágio.....	2
1.1 - Breve Historial do Hospital de Santa Maria.....	2
1.2 – Gabinete de Acompanhamento Psicológico .....	3
1.3 – Enquadramento Teórico.....	6
1.4 – Modelos de intervenção Psicológica no Adulto mais Velho .....	8
1.4.1 - Contrato Terapêutico/Psicológico .....	8
1.4.2 - Acompanhamento Psicológico .....	8
1.4.3 - Acompanhamento Psicológico no Modelo Cognitivo-Comportamental.....	9
1.4.4 - Acompanhamento psicológico em internamento.....	12
1.5 – Avaliação Psicológica do Adulto mais Velho .....	12
1.5.1 - Entrevista Clínica e Anamnese .....	12
1.5.2 - Avaliação Psicológica.....	13
1.6 – Apresentação da Perturbação Depressão .....	14
1.6.1 – Depressão e Depressão nos Adultos mais Velhos .....	14
1.6.2 - Demência ou Depressão nos Adultos mais Velhos .....	16
1.6.3 - Critérios de Diagnóstico da Depressão .....	17
1.6.4 - Métodos de Intervenção para a Depressão .....	18
1.7 – Apresentação do Luto e Perturbação de Luto Patológico.....	20
1.7.1 – Luto e Perturbação de Luto patológico .....	20
1.7.2 – Perturbação de Luto Patológico no Adulto mais Velho.....	22
1.7.3 – Critérios de Diagnóstico para o Luto Patológico .....	23
1.7.4 - Métodos de Intervenção para o Luto Patológico .....	24
Parte II – Trabalho de Estágio.....	27
2.1 – Participação em Formações e Reuniões Clínicas .....	27
2.2 – Intervenções Psicológicas .....	29
2.2.1 – Projetos e Outras Atividades.....	29
2.2.2 - Avaliações Psicológicas.....	35
2.3 - Casos Clínicos .....	39
2.3.1 - Caso 1 - “Uma depressão sem escolhas” .....	40
2.3.2 - História Clínica.....	40
2.3.3 - Situação Clínica Atual .....	44
2.3.4 - Síntese do Acompanhamento Psicológico.....	44
2.3.5 - Avaliação Psicológica - Caso 1 .....	49

2.3.6 - Discussão Clínica do Caso I .....	52
2.3.7 - Reflexão Pessoal do Caso I .....	59
2.4 - Caso Clínico II - “Uma dor que teima em ficar” .....	64
2.4.1 - História Clínica.....	64
2.4.2 - Situação Clínica Atual .....	66
2.4.3 - Síntese do Acompanhamento Psicológico.....	67
2.4.4 - Discussão Clínica Caso II.....	69
2.4.5 - Reflexão Pessoal do Caso II .....	73
Parte III - Discussão .....	78
3.1. Discussão Global do Trabalho de Estágio .....	78
Conclusão .....	85
Considerações Finais .....	87
Referências bibliográficas .....	88
Anexos.....	100
Anexo A - Cronograma	
Anexo B - Resumo das formações	
Anexo C – Reuniões Clínicas Gerais	
Anexo D – Internamento, Casos Clínicos debatidos nas reuniões	
Anexo E - Cartão de Consultas	
Anexo F – Projeto de Grupo	
Anexo G – Flyer Informativo	
Anexo H - SCL-90	
Anexo I - Mini-Mult	
Anexo J - Transcrição direta das sessões	

## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Principais Diagnósticos do Idoso... ..	16
Figura 2 - Processo Dual de Lidar com o Luto .....	25



## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Observação de acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio em consulta externa .....	34
Tabela 2 – Observação em consulta externa da aplicação de testes de avaliação Psicológica.....	35

## **Relatório de Estágio Realizado no Hospital de Santa Maria, Unidade de Psiquiatria, Área da Gerontopsicologia.**

O presente relatório de estágio tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). Tendo em conta as duas vertentes (mista e profissionalizante), optou-se pela vertente profissionalizante que engloba o estágio académico, que deu origem ao presente relatório.

Este estágio regeu-se, de forma geral, pelo Regulamento Geral de Mestrados da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL, 2011), e de forma específica, pelo Regulamento de Estágios Académicos do Departamento de Psicologia e Sociologia da mesma universidade (Departamento de Psicologia e Sociologia da UAL, s.d.). O desenvolvimento e as práticas deste estágio foram supervisionados nas aulas da Unidade Curricular de Seminário de Estágio I e II. A apresentação do relatório obedece às normas da sexta edição do *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA) (American Psychological Association, 2010).

Realizado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, teve como objetivo a iniciação à prática profissional autónoma, assim como a integração no meio profissional, através do contato direto com os contextos do exercício da profissão. O estágio académico teve início em Setembro de 2012 e terminou em Junho de 2013, num total de 1760 horas, realizadas ao longo de 9 meses (Anexo A).

Este relatório está estruturado em três partes: A primeira contempla a caracterização do contexto Hospitalar onde decorreu o estágio académico e do papel do psicólogo na área da saúde, assim como, o enquadramento teórico relacionado com a intervenção psicológica. A segunda refere-se à descrição das atividades e do trabalho desenvolvido no local de estágio, e à apresentação detalhada dos casos e respetiva análise clínica tendo por base a literatura científica. A terceira e última parte apresenta uma discussão e uma conclusão de todo o trabalho desenvolvido onde faremos referência às dificuldades e limitações encontradas e onde serão apontadas as considerações finais.

## **Parte I – Contextualização do Local de Estágio**

O presente estágio realizou-se no Hospital de Santa Maria, na equipa de geriatria, sob a supervisão da Psicóloga Clínica Dra. Odete Vieira.

De seguida procederemos à apresentação e descrição do contexto hospitalar, bem como do papel do Psicólogo na área da saúde mental.

### **1.1 - Breve Historial do Hospital de Santa Maria**

O Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital Pulido Valente estão inseridos no sistema de saúde pública, integrados no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).

O HSM desempenha a função de hospital universitário, devido à sua estreita ligação com a Faculdade de Medicina (Serviço Social do Hospital de Santa Maria, 2014). Os 51 serviços inseridos em 11 departamentos visam responder às necessidades da população pertencentes às freguesias de Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Campolide, Charneca, Lumiar, Nossa Senhora de Fátima, São Domingos de Benfica e São João de Brito (Figueira, 2005).

Sendo o nosso estágio curricular desenvolvido na área da psiquiatria iremos efetuar uma breve descrição sobre o início desta unidade em particular, salientando as datas mais decisivas do progresso deste serviço.

A unidade de estudos de psiquiatria iniciou as primeiras atividades clínicas em 1955 sob a direção do professor Barahona Fernandes (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2008).

Em 1957 é inaugurado o Hospital de Dia, seguido de um serviço de hospitalização em regime livre e aberto.

Em 1958 foram criados dois laboratórios no hospital, o de psicologia, anexo à clínica psiquiátrica, e o de psicofisiologia, ligado ao centro de estudos Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2008).

Desde 2002 até ao término deste estágio curricular, o serviço de psiquiatria, foi chefiado pela Professora Doutora Luísa Figueira (Figueira, 2005).

#### **1.1.2 – Serviços e equipamentos**

O serviço de psiquiatria divide-se em cinco unidades principais onde se efetua um acompanhamento psicológico:

- Unidade de ligação – equipa composta por psicólogos, que em situações pontuais dão apoio a diferentes pacientes internados;

- Unidade de atendimento ao adolescente (NES) – Equipe de psicólogos que acompanha adolescentes na maioria considerados com comportamento de risco;

- Unidade de internamento psiquiátrico no 3.º e 4.º piso, onde inclui núcleo de estudos do suicídio e núcleo do distúrbio do comportamento alimentar;

- Unidade de ambulatório que se subdivide em quatro: serviço da intervenção comunitária, serviço da psico-educação, serviço do hospital de dia e o serviço da consulta externa;

- Unidade de psiquiatria forense – onde o médico e o psicólogo avaliam clinicamente e elaboram relatórios, para o tribunal, de detidos em estabelecimentos prisionais.

Estas unidades são compostas por equipas multidisciplinares e funcionam de forma independente (Figueira, 2005).

### **1.1.3 – Missão e objetivos**

“O Serviço Social hospitalar tem como missão, fazer uso das suas competências específicas, contribuir para a elevação da qualidade e humanização da prestação, pontual ou em continuidade, dos cuidados de saúde, procurando responder cabalmente aos anseios e necessidades bio-psico-sociais dos utentes” (Figueira, 2005, p. 22).

Como principais objetivos, tem também, a investigação, formação pré e pós-graduada contínua e prestação de cuidados de saúde.

## **1.2 – Gabinete de Acompanhamento Psicológico**

O psicólogo em meio hospitalar psiquiátrico tem como função avaliar e acompanhar psicologicamente, com o objetivo de promover a aquisição de competências cognitivas e comportamentais adaptativas, que facilitem a readaptação do paciente no seu meio familiar, social e profissional (Carstensen, Edelston & Dornbranb, 1996). É um local específico para acompanhamento ao adulto, proporcionando-lhe um ambiente tranquilo, com atendimento terapêutico de modo a promover o seu bem-estar. Este serviço é constituído por três psicólogas (uma técnica e duas estagiárias).

### **1.2.1 - O papel da Psicologia/Psicólogo Clínico no local de estágio**

O modelo de intervenção utilizado no HSM, na unidade de ambulatório de psiquiatria é o Cognitivo-Comportamental. Esta é das abordagens mais usadas nesta unidade já que é exigida a apresentação de resultados rápidos e duradouros. Segundo esta abordagem uma das

principais vantagens é a aquisição de habilidades que podem reduzir o risco de recaída (Wright, Basco & Thase, 2008).

A Terapia Cognitiva – Comportamental centra-se no presente. O paciente tem um problema que o leva a pedir ajuda. Esta técnica tem como objetivo direcioná-lo a encontrar novas estratégias, no intuito de promover mudanças cognitivas e, consequentemente, mudanças de comportamento que o levarão a superar o problema (Bahls & Navolar, 2004).

Tendo em consideração a população alvo e as problemáticas clínicas que o gabinete de gerontopsicologia apoia, a intervenção neste modelo, faz todo o sentido, visto ser limitada no tempo. Pretende ser mais assertiva, direcionada para o presente e para o problema.

Uma das funções do psicólogo clínico no HSM consiste na avaliação psicológica com uma bateria de testes delineados pela técnica, a fim de se conseguir criar hipóteses mais próximas de um diagnóstico clínico, e consequentemente um acompanhamento mais eficiente.

Segundo Muser, Silverstein e Farkas (2013), é também da competência do psicólogo realizar acompanhamento psicológico, psicossocial e de psicoeducação com os pacientes em ambulatório e em internamento. Designa-se psicossocial e de psicoeducação, uma vez que o acompanhamento psicológico não se limita apenas a sessões terapêuticas, mas também ao desenvolvimento de competências de carácter social, e educacional. É também da competência do psicólogo trabalhar com o paciente, a fim de o ajudar a encontrar estratégias que promovam o seu bem-estar, equilíbrio emocional e ajudar a identificar “problemas chave” que estejam a dificultar a sua sociabilização saudável. Junto com o paciente deve avaliar as suas necessidades e, elaborar um plano de intervenção psicológica adaptado ao caso (Dutra, 2005).

Para além da avaliação e acompanhamento psicológico, o psicólogo participa com a equipa multidisciplinar do internamento, em reuniões clínicas e formações, a fim de estar sempre atualizado.

Contudo, é importante referir que a prática da psicologia em meio hospitalar ainda está muito carente de aceitação e reconhecimento por parte de outros profissionais de saúde. Segundo Martins e Júnior (2001), a escassez de psicólogos nos serviços de saúde condiciona a capacidade de intervenção, reduz a obtenção de ganhos em saúde e limita a melhoria da saúde da população. Não é verdadeiramente uma tarefa fácil, tentar criar e estabelecer conceitos, noções e ideias, a respeito de atividades simultaneamente científicas e profissionais que surgem da mesma ciência (Leal, 1996), verificando-se, muitas vezes, grandes dificuldades na prática da psicoterapia, dentro das próprias instituições psiquiátricas (Geczy, Sultenfuss & Donat, 1990).

Segundo Martins e Júnior (2001, p. 36), “o trabalho de psicólogos em instituições de saúde remonta ao início do século XX e surgiu com a proposta de integrar a Psicologia na educação médica”, com o objetivo fundamental de humanizar os atendimentos. O ideal seria constituir equipas multidisciplinares (constituídas por médicos psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais), capazes de trabalhar em conjunto para a melhoria da saúde mental.

Alguns autores como Fitzgerald, Galyer e Ryan, (2009) e McDaniel, Hargrove, Belar, Schroeder e Freeman, (2004) consideram o papel do psicólogo na saúde pública como aquele que acaba por intervir em diferentes frentes, além dos problemas comuns de saúde dos indivíduos e famílias (Lyons & Low, 2009; McDaniel et al., 2004), distinguindo-se assim dos outros psicólogos.

No âmbito da gerontopsicologia, a intervenção em contexto da prevenção é muito importante e deve ser tida em conta a idade do paciente, assim como o nível cognitivo em que este se encontra, para uma prevenção e uma psicoeducação eficaz. O papel do psicólogo em geriatria passa pelas seguintes funções: Avaliação psicológica, orientação, aconselhamento, diretrizes de prevenção, psicoeducação e psicoterapia individual ou de grupo (Carstensen, Edelston & Dornbranb, 1996).

É importante referir que a intervenção psicológica em adultos mais velhos constitui uma atividade única, e específica que pode melhorar o bem-estar subjetivo do paciente, “O bem-estar subjetivo é medido a partir da perspetiva do próprio indivíduo” (Galinha, 2008), na medida em que se verifica uma redução dos sintomas depressivos e um aumento dos níveis de satisfação com a vida, nomeadamente a gratidão e a felicidade (Ho, Yeung & Kwok, 2014).

Segundo Vasco, Santos e Silva (2010), indivíduos (adultos mais velhos) que têm acompanhamento psicológico, afirmam ter melhorado e estar satisfeitos com a intervenção psicológica desenvolvida, quando esta pressupõe terapia verbal. Enquanto a intervenção baseada apenas em psicofármacos está associada a índices mais baixos de melhoria e de satisfação. A melhoria do estado emocional geral é encontrada em 80% dos casos seguidos por psicólogos.

Segundo Wright, Hallquist, Swartz, Frank e Cyranowski (2014), foram observadas mudanças significativas nos sintomas de depressão e ansiedade entre os adultos mais velhos deprimidos, tratados com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A identificação intelectual ou afetiva do técnico para com o paciente, a compreensão, a linguagem e o modo de intervenção, são fatores facilitadores da exteriorização do sentir por parte dos adultos mais velhos.

Em virtude das necessidades da instituição HSM, a intervenção rápida e consistente do psicólogo, torna-se fundamental e indispensável. Apesar do papel do psicólogo ainda não ser bem aceite na comunidade médica, seria desejável uma cooperação destes profissionais de saúde. Estudos provam que um acompanhamento psicológico e farmacológico terá resultados mais rápidos e eficazes contribuindo assim para a promoção da estabilidade emocional destes adultos mais velhos.

### **1.3 – Enquadramento Teórico**

Serve o enquadramento teórico para uma abordagem analítica da literatura científica que fundamentou a intervenção no processo de acompanhamento, bem como, as técnicas utilizadas durante as sessões, face às situações problemáticas que foram surgindo.

#### **1.3.1 – O Adulto mais Velho**

Existem diferentes formas de envelhecer e principalmente, diferentes formas de encarar a velhice. No entanto, a tendência é associarmos a velhice ao desgaste, às perdas e às doenças. Essa tendência tem sido questionada na atualidade, uma vez que diversas experiências de envelhecimento bem-sucedido têm sido relatadas. Por exemplo, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar (Cruz & Ferreira, 2011; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Na Teoria Psicossocial do Desenvolvimento de Erikson, o desenvolvimento evolui em oito estágios. O oitavo estágio chamado de “integridade/desespero” ocorre a partir dos 60 anos, e é descrito como a altura da avaliação do que se fez na vida e da vida (Erikson & Erikson, 1998). É neste estágio que o adulto mais velho se depara com duas formas de pensar ou de reagir.

São estas:

- Integridade: mesmo que nem todos os objetivos ou sonhos tenham sido realizados, a retrospectiva é feita com um balanço positivo do seu percurso vital, o que leva a uma melhor aceitação da idade e suas consequências;
- Desespero: sentimento nutrido por aqueles que ao fazerem a avaliação da sua vida a consideram mal sucedida e que lamentam as oportunidades perdidas e sentem ser já demasiado tarde para tomar alguma iniciativa no sentido de corrigir os erros anteriores.

Tanto o modo de perceção da vida, como a sua avaliação retrospectiva, têm uma implicação direta na postura face ao futuro (Erikson & Erikson, 1998).

### **1.3.2- Perturbação Mental no Adulto mais Velho**

A perturbação mental é uma síndrome caracterizada pela disfunção, clinicamente significativa, na cognição de um indivíduo, na regulação da emoção ou do comportamento. Está normalmente associada ao sofrimento, à angústia ou déficit significativo nas atividades sociais, ocupacionais, ou outras consideradas importantes (DSM-5, 2013a, p. 20).

A perturbação mental tem tendência a evoluir com o avançar da idade. Segundo Rebelo e Neri (2005), o envelhecimento da população tem levado a um aumento significativo das perturbações mentais em adultos mais velhos.

Segundo Marques (2013), Ferreira e Bottino (2011), o cérebro humano sofre alterações degenerativas durante o processo de envelhecimento normal, o que no idoso resulta em alterações na concentração, na cognição e na memória. Devido às alterações biológicas e psicológicas, naturais do envelhecimento, a literatura sugere que os adultos mais velhos terão uma maior vulnerabilidade cognitiva para a depressão (Dozois, 2011).

A depressão nos indivíduos nesta faixa etária pode apresentar-se, como lhe chamou Gallo (1999, citado por Gonçalves, 2009) "a depressão sem tristeza", que segundo o autor é caracterizada por queixas somáticas sem causa médica, desesperança (sem visão do amanhã), desamparo/abandono, sintomas de ansiedade (coração acelerado), queixas de memória, perda da alegria, movimentos mais lentos, irritabilidade e perda de interesse nos cuidados da higiene pessoal. As alterações do humor e do afeto são as principais causas desta doença (Marques, 2013).

O luto no adulto mais velho é uma das situações mais complicadas de resolver, pois com o avançar da idade, a morte torna-se cada vez mais real, não só com a perda de amigos, mas por vezes do cônjuge ou mesmo filhos. Segundo Rebelo (2004), os idosos encontram-se mais sensíveis à realidade da morte, pelo que se deve permitir ao idoso expressar livremente as suas emoções de dor e desespero.

Como conclusão, verificou-se que existem alguns fatores de risco a que os adultos mais velhos estão mais vulneráveis. A baixa auto-estima, a ineptidão em expressar os sentimentos, a vergonha de mostrar as emoções, a falta de acompanhamento familiar, a instabilidade financeira e as relações sociais desgastadas, deixa-os mais vulneráveis ao estado de depressão. Os fatores protetores que se poderão trabalhar com esta população-alvo passam por promover estratégias para lidar com as emoções, trabalhar a coesão familiar, a identidade própria, a auto-estima e pequenos objetivos que se prevejam alcançáveis (Rammey & Ramey, 1998).



## **1.4 – Modelos de intervenção Psicológica no Adulto mais Velho**

A intervenção psicológica em adultos mais velhos, constitui uma atividade peculiar e muito específica. A forma de identificação intelectual ou afetiva do técnico para com o paciente, a compreensão, a linguagem e o modo de intervenção, são fatores facilitadores da exteriorização do sentir dos adultos mais velhos.

### **1.4.1 - Contrato Terapêutico/Psicológico**

A aliança ou contrato terapêutico, consiste numa forma peculiar de colaboração entre o psicólogo e o cliente (Peres, 2009), que se fundamenta num contrato em que as responsabilidades e os papéis se encontram definidos (Leal, 2008). “O contrato terapêutico envolve regras de negociação de carácter objetivo, mas só se configura enquanto contrato terapêutico, a partir da vinculação emocional dos seus protagonistas” (Neubern, 2010, p. 886).

É fundamental que se estabeleça uma relação de confiança que assente no interesse e competência por parte do psicólogo e onde o paciente possa expor os seus problemas e acreditar no tratamento (Gonçalves, 2009).

Independentemente da orientação teórica do psicólogo, o mais importante é a relação terapêutica que se estabelece entre este e o paciente, pois esta é fundamental para o sucesso terapêutico (Veríssimo, 2007).

### **1.4.2 - Acompanhamento Psicológico**

A literatura mostra-nos que o acompanhamento psicológico nesta faixa etária é muito importante, pois indica que os adultos mais velhos preferem o apoio psicossocial ao farmacológico (Gonçalves, 2009), ou seja, os adultos mais velhos preferem a companhia em detrimento da medicação.

Estudos mostram que poderá existir uma correlação entre a depressão/ansiedade e os resultados do tratamento farmacológico (os adultos mais velhos tendem a não conseguir respeitar os planos terapêuticos, sendo esta uma fonte de ansiedade e de stress) (Marques, 2013). Por exemplo, uma das possibilidades é a de que pacientes com depressão e ansiedade estejam mais vulneráveis e sensíveis aos efeitos secundários consequentes da medicação, logo, têm mais dificuldade em respeitar e cumprir a posologia prescrita pelo médico, (medicação e esquemas terapêuticos) (Fava, et.al., 2008). Os pacientes com depressão e ansiedade revelaram uma personalidade mais patológica (Melartin et. al., 2002), o que tem sido associado a um resultado pior no tratamento (Cyranowski et. al., 2004; Levenson, Wallace, Fournier, Rucci & Frank, 2012; Mulder, 2002).

Adultos mais velhos deprimidos têm maior probabilidade de apresentarem padrões ansiosos e ruminativos e comportamentos evitantes. Traduz-se isso numa maior dificuldade em implementar estratégias normais de resolução de problemas e de ajuste social, prejudicando assim os níveis de domínio e/ou de auto eficácia no convívio em sociedade. Consequentemente, é habitual verificar-se aumento do nível de ansiedade e de stress e uma maior vulnerabilidade de recaída (Flint & Rifat, 2002).

Intervenções eficazes de mudança de comportamento (terapia cognitivo-comportamental), além de reduzirem a severidade da depressão e da ansiedade, também podem influenciar a sua co-ocorrência ou a força da sua associação (Wright, Hallquist, Swartz, Frank & Cyranowski 2014).

O adulto mais velho que beneficia de apoio social (amigos) e familiar revela menos ansiedade e tem menos probabilidade de desenvolver “humor depressivo”, situação clínica que se encontra entre as causas mais frequentes da depressão no idoso (Mártir, Schulz, Morse, Butters & Hinrichsen, 2008).

### **1.4.3 - Acompanhamento Psicológico no Modelo Cognitivo-Comportamental**

Definir acompanhamento psicológico é algo que não é ainda muito claro nos dias de hoje. Segundo o dicionário da Língua Portuguesa, acompanhamento pode significar: “ato ou efeito de acompanhar”, “assistência dada por um profissional a uma pessoa que se encontra sob os seus cuidados” (Dicionário de Língua Portuguesa, 2006).

O psicólogo deverá manter uma relação e aliança terapêutica, fundamentada no presente, “aqui e agora”, no apoio e nas atitudes/técnicas específicas de cada linha terapêutica (Cordioli, 2008). Deve ser baseada em estar em relação com o outro, “estar com”, o interesse pelo outro, o respeito, a disponibilidade, ativando uma relação empática, terna, de respeito, atenção e cuidado para com o outro (Santos, 2004).

Segundo Wright, Hallquist, Swartz, Frank e Cyranowski (2014), foram observadas mudanças significativas nos sintomas de depressão e ansiedade entre os pacientes deprimidos, tratados com terapia cognitivo-comportamental (TCC). Verificou-se também que esta técnica tem melhores resultados em adultos mais velhos deprimidos, pois é mais rápida e mais assertiva. Esta terapia baseia-se em ajudar a alterar pensamentos limitantes da vida (terapia cognitiva), e consequentemente modificar o comportamento do indivíduo (terapia comportamental).

Segundo Beck e Alford (2000, p. 51) “A cognição fornece uma ponte teórica para ligar as perspetivas comportamentais, psicodinâmicas, humanísticas e biopsicossociais”, definindo

cognição como a “função que envolve deduções sobre as nossas experiências e sobre acontecimento de situações futuras” (Beck & Alford, 2000, p. 23).

A terapia cognitiva (TC) identifica e trabalha três níveis de cognição que estão presentes em todos os indivíduos:

- Pensamentos Automáticos (podem surgir como pensamentos ou imagens, são involuntários, muitas vezes não são percebidos conscientemente. Estes pensamentos quando distorcidos, são irrealistas e disfuncionais, moldando as emoções e ações do indivíduo em resposta aos eventos da vida) são a forma como o indivíduo interpreta as situações do dia-a-dia, é a sua visão acerca daquela situação;

- Pressupostos Subjacentes (estão baseados no *Se... então...*, por exemplo “*Se eu disser o que penso, então todos se vão rir de mim*”);

- Crenças Nucleares (ideia geralmente disfuncional acerca de nós, que é enraizada durante o desenvolvimento e que é adquirida como verdade absoluta).

Em relação aos pensamentos automáticos é possível ajudar o paciente a identifica-los para os poder substituir. A sua modificação/substituição melhora o humor e consequentemente promove formas mais adaptativas de lidar com eventos adversos da vida.

Quanto aos pressupostos subjacentes tem a ver com os significados que os indivíduos dão às suas emoções. Estes são construídos pelos próprios, não são componentes preexistentes na realidade. “...a forma como interpreta o seu mundo determinará a maneira como ele se irá comportar” (Bahls & Navolar, 2004, p. 7).

Por fim, para se solidificar a mudança, as crenças nucleares cristalizadas devem ser alteradas. A modificação na crença nuclear melhora a perturbação mental (Knapp, 2004).

Em terapia cognitiva são trabalhados em sessão os pensamentos disfuncionais.

Segundo a perspetiva comportamental, existem dois tipos de comportamento

- O comportamento respondente, de carácter involuntário (comportamento reflexo, responde a um estímulo específico);

- O comportamento operante de carácter voluntário pode ser modificado, ou alterado. A mudança pode ocorrer como consequência do que aquele comportamento teve de efeito no indivíduo, seja na presença de reforçadores ou de situações aversivas/adversas (Neto, 1993, p. 185).

A mudança de comportamento pode ser um indicador indireto de mudança cognitiva (Dobson & Dozois, 2001). Estudos mostram ao se juntar estas duas terapias, a sua eficácia aumenta no tratamento de várias perturbações mentais (Beck, 2005; 2007; Foa, 2006).

Na união destas duas terapias três proposições foram identificadas como estando no cerne das terapias cognitivo-comportamentais:

(1) Atividade cognitiva influencia o comportamento;

(2) Atividade cognitiva pode ser alterada;

(3) O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva (Dobson & Dozois, 2001). Terapeuticamente, os dois indicadores principais de mudança são: a cognição e o comportamento (Dobson, 1996).

Nas perturbações mentais e particularmente no luto patológico e na depressão (diagnósticos dos dois casos acompanhados) o paciente é levado a identificar os pensamentos disfuncionais, que provocam sofrimento, ou servem de bloqueadores. As mudanças sucedem na medida em que ocorrem alterações/substituições no modo disfuncional do pensamento.

Deste modo, a terapia cognitivo-comportamental dá grande ênfase aos pensamentos do paciente e à forma como este interpreta o mundo. Esta terapia centra-se no momento presente, da altura que o paciente traz o que o incómoda, sendo que o objetivo é ajudar a aprender novas estratégias, que funcionem no meio, de forma a promover as mudanças necessárias (Knapp, 2004).

Beck e Alford (2011), desenvolveram uma terapia (TCC) baseada em auxiliar os pacientes a identificar e mudar os pensamentos disfuncionais, estimulando-os a responder de forma adaptativa aos seus problemas atuais e consequentemente a mudar o seu comportamento canalizando a sua energia para a solução.

Para esta técnica ser aplicada o terapeuta deverá ter em consideração cinco passos:

(1) Apresentação do problema;

(2) Análise do problema;

(3) Análise do objetivo;

(4) Análise dos meios; e, por fim,

(5) Teste e avaliação dos passos definidos (Bartling, Echelmeyer & Engberding, 2008).

Posto isto, durante todo o processo é importante que as emoções sejam trabalhadas, pois se não o forem, esta terapia torna-se apenas numa troca de ideias, o que não faria sentido em contexto terapêutico. Logo, sem a presença do afeto, a reestruturação cognitiva não acontece. Uma boa relação terapeuta/paciente é fundamental para que a terapia tenha os efeitos pretendidos, e uma das peças fundamentais para uma boa relação é a empatia (em qualquer linha psicológica) (Araújo, 2014).

A TCC não é exceção. A empatia é designada como a compreensão dos pensamentos e sentimentos do outro, é “colocarmo-nos na pele do paciente”, é ver a pessoa sem julgar, a um

nível lógico acima da simpatia. Este movimento consiste em sairmos de nós próprios, ausentarmo-nos das nossas crenças e valores, para ver o mundo pelos olhos do paciente (não é concordar, é ver a realidade do outro).

Resumindo, sabemos que várias das características das relações terapêuticas adequadas são compartilhadas entre a TCC, a psicodinâmica e as humanistas. Estes atributos incluem compreensão, gentileza, e empatia. Acolher o que o outro diz, o que o outro sente, restaurar a sua auto-imagem, a sua auto-estima e ajudar a desenvolver uma maior aceitação de si mesmo. Muito mais que mudar o facto, é mudar o significado/a simbologia das coisas (Falcone, 1999).

Seja qual for a linha de orientação psicológica, e, dependente da conduta pessoal e profissional do terapeuta, a base para uma intervenção capaz e profissional passa pelas três condições básicas defendidas por Carl Rogers: consideração positiva incondicional, empatia e congruência (Araújo, 2014). Baseados nestes três princípios fundamentais iniciámos o processo de acompanhamento psicológico na unidade de gerontopsicologia aos adultos mais velhos.

#### **1.4.4 - Acompanhamento psicológico em internamento**

O internamento psiquiátrico constitui uma situação crítica, o que implica a presença de um certo grau de ansiedade (Teixeira & Leal, 1990). Sendo estes pacientes doentes psiquiátricos, muitas vezes não são internados voluntariamente e isso é condicionador de qualquer acompanhamento psicológico normativo. A flexibilidade e uma equipa multidisciplinar, nesta situação, será a melhor forma de funcionamento (Botega, 2012).

Uma avaliação psicológica no momento da entrada e outra no dia da alta, seria o ideal, para se poder ter uma noção da evolução do estado psicológico do paciente. No entanto, na maioria das vezes, isso não é possível. A presença do psicólogo e a observação/acompanhamento de algumas técnicas aplicadas aos doentes internados é muito importante para o seguimento da evolução do estado do paciente (Cabete, 2001).

### **1.5 – Avaliação Psicológica do Adulto mais Velho**

#### **1.5.1 - Entrevista Clínica e Anamnese**

Reconhecido como o primeiro método organizado de recolha de informações importantes em contextos de saúde mental, a prática da entrevista clínica tem sido considerada como um recurso fundamental dentro da psiquiatria e psicologia (Sharp, Williams, Rhyner & Ilardi, 2013).

A entrevista clínica é um instrumento essencial do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica em psicologia (Araújo et. al., 2013), com o propósito de recolha de informação do indivíduo, casal, ou família, com o objetivo de descrever e perceber aspetos pessoais, relacionais, ou sistémicos, ou seja, a entrevista clínica é parte de um processo (Cunha, 2000). É a primeira aproximação que o psicólogo tem com o paciente e com as pessoas significativas na vida do mesmo. É, portanto, o primeiro passo no processo de avaliação e de formulação de hipóteses acerca do problema apresentado (Simões, 1998).

Estar atento às verbalizações do sujeito é fundamental: “o quê”, “como” e “quando” o paciente fala (tempo passado e futuro, conteúdo, clareza, etc.) e em que ritmo e oscilações sonoras não descurando, sobretudo, o grau de coerência entre a comunicação digital e a analógica (Araújo, 2014).

Turkat (s.d., citado por Gonçalves, 1990) define 3 objetivos fundamentais para a entrevista de avaliação comportamental:

- (a) identificar a relação funcional entre os vários problemas do paciente;
- (b) identificar a origem das dificuldades comportamentais;
- (c) predição das respostas dos pacientes face a certos estímulos ou situações específicas.

A entrevista clínica tem diferentes objetivos, um deles é procurar conhecer detalhadamente a história global de vida do paciente. A esse tipo de entrevista chamamos de Anamnese (Araújo et. al., 2013).

A anamnese será o ponto inicial para o clínico compreender quais os traços de personalidade do paciente, e tem como objetivo, a compilação das informações fornecidas de modo a que o psicólogo execute a sua história pessoal (história atual e passada, história familiar, história de vida, historial médico), relacionando todos os dados facultados pelo paciente e, se necessário, recolhidos através de outros membros da família e/ou amigos (Gelder, Mayou & Cowen, 2003).

### **1.5.2 - Avaliação Psicológica**

Apesar de bastante questionada e contestada, a avaliação psicológica é uma ferramenta da Psicologia. Não teve um início muito aceitável: começou com a rotulação dos doentes e foi criticada pelos seus métodos e pela pouca precisão científica dos seus resultados (Anastasi & Urbina, 2000). Esta ferramenta continua a ser questionada e é natural que o seja; no entanto, esta aplica-se em todas as áreas do conhecimento, sendo útil e necessária, pois gera estudos e pesquisas (Noronha, 2002).

A avaliação psicológica é um processo científico, limitado no tempo, que procura responder a diversas questões, utilizando métodos e técnicas psicológicas, para avaliar os processos cognitivos, funcionamento mental e comportamental. Envolve uma hipótese, prognóstico e comunicação dos resultados (Loureiro & Romaro, 1987), possibilitando a análise científica do comportamento (Anastasi & Urbina, 2000).

Em relação aos instrumentos de avaliação e técnicas utilizadas, podem classificar-se diferentes tipologias (entre muitas escalas de avaliação existentes, estas são as mais pertinentes na população geriátrica que acompanhamos em estágio): avaliação das interações e relações (observação do comportamento); avaliação cognitiva (por ex: Escala de Wechsler, GPCOG, Figura Complexa de Rey, MMSE, Teste do Relógio, MoCA, BLAD); avaliação da depressão (por ex: GDS, BAI, HADS, CSDD, GAI); avaliação de traços de personalidade (por exemplo: Mini-Mult) e avaliação clínica (por ex: SCL-90) (Apóstolo, 2012).

Nenhum teste aplicado de forma isolada poderá sugerir uma avaliação global da pessoa como um todo. Em cada caso clínico e depois de colocadas as hipóteses de diagnóstico, é escolhida uma bateria de escalas/testes para ajudar na confirmação do diagnóstico final (Cunha, 2000).

Após a realização da avaliação psicológica deve proceder-se à análise dos resultados obtidos, através das normas de cotação e correção mencionadas no manual, de modo a considerar-se a hipótese de diagnóstico sugerido no início do processo. Considerada a hipótese de diagnóstico, estão reunidas (à partida) as informações para uma possível intervenção psicológica, de acordo com cada situação (Almeida, Fornelos & Silva, 2003).

## **1.6 – Apresentação da Perturbação Depressão**

### **1.6.1 – Depressão e Depressão nos Adultos mais Velhos**

A Organização Mundial de Saúde apresenta a depressão como um dos cinco principais problemas de saúde pública mundial (Murray & Lopez, 1996), e que se encontra entre as principais causas de incapacidade de funcionamento do indivíduo no ambiente e no mundo (Sene, 2006). Felizmente, os resultados de centenas de ensaios controlados e randomizados têm demonstrado a eficácia da farmacologia e da psicoterapia em tratar as perturbações depressivas (Wolpert, 2000). Esta pesquisa veio a ter influência na prática clínica, tendo sido incorporada na prática oficial de diretrizes, para o tratamento da depressão (American Psychiatric Association [APA], 2013, Hughes, 2011).

Segundo Silva (2009), a depressão é um quadro aterrador, por impossibilitar o indivíduo do equacionamento de estratégias e/ou da ponderação de soluções para a resolução dos



problemas quotidianos. Não se trata apenas de um acumular de sintomas incapacitantes, mas de uma dor que precisa de ser escutada. Consiste também na ausência da energia que diminui a possibilidade de viver com qualidade, retirando à auto-estima e ao amor-próprio o papel que lhes compete, nos traços emocionais do indivíduo e que contribuem para o seu bem-estar. Esta é a dor da depressão. Freud salientava que a depressão era a pessoa sentir-se pobre e vazia desprovida de objetivos e metas a alcançar (Freud 1974).

Os adultos mais velhos têm esta característica, deixam de ter metas e objetivos na vida, acabando por se isolarem de tudo o que os rodeia, trazendo com isso, consequências graves.

Segundo Porto (1999), a depressão (sintoma), pode ocorrer por diferentes motivos, entre os quais, perturbação de stress pós traumático (PSPT), esquizofrenia, demência, doenças clínicas, entre outras. Pode ainda ocorrer devido a episódios de grande stress, e/ou problemas circunstanciais, sociais e económicos. A depressão (síndrome) é caracterizada por alterações do humor (irritabilidade, tristeza, apatia), cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite). A depressão (doença) tem sido classificada de várias formas, como perturbação depressivo major, e perturbação distímica.

Alguns sintomas psíquicos que podem ser evidentes na depressão, são as atividades sociais, que passam a ser “obrigações”; as tarefas mais simples e leves, que passam a ter um peso considerável e quase insuportável, acabando por levar a uma lentificação e a um prolongar de tempo na realização das mesmas e uma diminuição na capacidade de pensar e de tomar decisões, que antes eram quase automáticas (Gusmão, 2005).

Segundo Marques (2013), no plano neuropsicológico não se confirma que a depressão geriátrica seja de natureza diferente da depressão em outras idades, atendendo à influência do envelhecimento normal no desempenho cognitivo. Em estudos comunitários verificou-se que “a incidência da depressão nos idosos não é significativamente maior do que nos indivíduos de meia-idade, ou mesmo dos jovens” (Gonçalves, 2009, p. 614).

Segundo Marques (2011), cerca de 10% a 15% dos idosos que vivem em comunidade apresentam sintomas depressivos e cerca de 3% preenchem os critérios de diagnóstico para um episódio depressivo. A taxa de prevalência da depressão tende a aumentar devido a certos fatores de risco, que se acentuam com, a idade, a reforma e mudança do seu estatuto social, com a impotência funcional causada por doenças crónicas, a perda de mobilidade por medo de cair e a solidão do isolamento.

Segundo Barroso (2008), Perissinotto, Stijacic, e Covinsky (2012) a solidão em adultos mais velhos é um preditor de declínio funcional e consequentemente pode levar à morte.



A taxa de suicídio por 100.000 habitantes em Portugal mostra que na faixa etária de 60-79 anos é de 16.6% e que em > 80 anos aumenta para 23.9%, ou seja, em média cerca de 50% dos suicídios são cometidos após os 64 anos de idade (Almeida & Quintão, 2012).

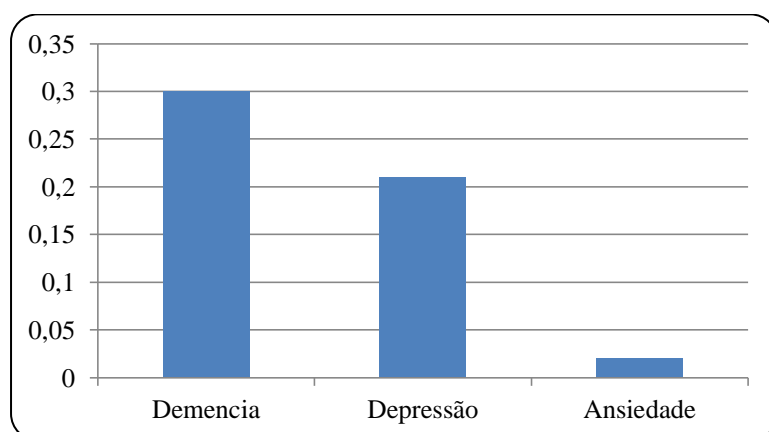
Quanto ao tratamento, está provado que tanto as psicoterapias como os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão no adulto mais velho, sugere é que se ambas forem associadas, o efeito de melhoria do quadro depressivo poderá ser mais rápido e significativo (Blais, 2013; Marques, 2011).

### 1.6.2 - Demência ou Depressão nos Adultos mais Velhos

A depressão nos adultos mais velhos deve ser avaliada com muita prudência, os autores Lima, Lima, Aguiar e Castro-Costa (2012), referem que os episódios depressivos nos idosos, podem estar associados a um quadro de pseudo-demência que é caracterizado por distração, *deficit* da concentração e alterações das funções executivas típicas dos quadros de demência, “[...] a depressão nos idosos pode apresentar défices cognitivos que persistem mesmo após a remissão dos sintomas depressivos” (Costa, Aguiar & Blay, 2011, p. 20).

Nestas circunstâncias e com estas fragilidades, os défices cognitivos são mais visíveis e pronunciados, com alterações da função social, complicando muito o diagnóstico diferencial entre depressão e demência, pois tal como Marques (2013) refere que o agravamento do défice cognitivo ligeiro poderá ter como fator principal a depressão.

Segundo Cunha e Fernandes (2011) os principais diagnósticos psiquiátricos no idoso são:



**Figura 1.**

*Principais Diagnósticos no Idoso (Cunha & Fernandes 2011)*

Na figura 1, é possível verificar que a demência e a depressão nos adultos mais velhos, estão muito próximas, o que poderá conduzir a interpretações menos corretas. Por esse motivo, Cunha e Fernandes (2011) sugerem a aplicação de vários testes de avaliação psicológica específicos para um diagnóstico diferencial correto.

### 1.6.3 - Critérios de Diagnóstico da Depressão

Os critérios de diagnóstico são dados científicos que servem para a comparação dos sintomas apresentados e para a confirmação da hipótese levantada, descritos um a um, tem de estar presentes na sintomatologia com todas as outras variáveis de forma a haver uma certeza no diagnóstico final.

Existem vários tipos de perturbações depressivas: I ) Perturbação Depressiva *Major* (incluindo episódio depressivo), II ) Perturbação Depressiva Persistente (distímia) e III ) Perturbação Disfórico Pré-Menstrual, IV ) Perturbação Depressiva substância/induzido medicação/ devido a uma outra condição médica.

As características comuns a todas elas são, a presença de humor triste, vazio, ou irritável, acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade do indivíduo para funcionar. O que difere entre eles são as questões de duração, tempo, ou etiologia presumida (American Psychiatric Association [APA], 2013b).

Os critérios de diagnóstico para a perturbação depressiva major mantêm-se os mesmos, com uma nota a ter em conta “As respostas emocionais a uma perda significativa, podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca de perda, [...], o que se pode assemelhar a um episódio depressivo. Embora estes sintomas sejam compreensíveis ou considerados apropriados face à perda (morte), a presença de um episódio depressivo major, também deve ser considerado cuidadosamente<sup>1</sup>” (APA, 2013a).

Ora, uma das cinco emoções básicas do ser humano considerada normal, é a tristeza e distingue-se da depressão como um transtorno de humor (Dozois, 2011). Mas quando este é acompanhado de alterações no sono, no apetite e no comportamento, com prejuízo cognitivo, e sintomas físicos, tais como uma sensação aparente de diminuição de energia, lentificação, desinteresse, pensamentos pessimistas e ideias de ruína, poderemos estar na presença de uma depressão (Paradela, 2011).

---

<sup>1</sup> “[...] responses to a significant loss, may include the feelings of intense sadness, rumination about de loss, which may resemble a depressive episode. Although such symptoms may be understandable or considered appropriate to the loss, the presence of a major depressive episode in addition to the normal response to a significant loss should also be carefully considered”

Segundo o DSM-5, para se diagnosticar uma depressão, os sintomas depressivos devem persistir diariamente e durante a maior parte do dia, pelo menos no decorrer de duas semanas consecutivas, com exceção para as alterações de peso e ideação suicida. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo, nas seguintes áreas: social, profissional, pessoal e familiar (APA, 2013a).

Quando a ansiedade e a depressão se combinam torna-se mais complicado o sucesso da terapia, por despoletarem no indivíduo a desconfiança e o medo face a tudo (medicamentos) e a todos (os que os rodeiam), o que poderá revelar-se na somatização da depressão (Feske, Frank, Kupfer & Shear, 1998; Hamilton, 1959).

Alguns indivíduos podem referir queixas somáticas (por exemplo, dores no corpo) no lugar do sentimento de tristeza, outros referem ou demonstram uma irritabilidade exagerada.

No que diz respeito aos indivíduos que apresentem quadros de agitação ou a lentificação psicomotora, estas devem ser suficientemente graves para serem observáveis por outros, na medida em que num estágio mais grave, comprometerá o exercício das tarefas quotidianas. Por exemplo, um indivíduo pode queixar-se que todo o processo de se levantar, de fazer a sua higiene e de se vestir pela manhã, o leva à exaustão, requerendo-lhe o dobro do tempo habitual (APA, 2013a).

O sentimento de inutilidade ou culpa excessiva pode despoletar pensamentos irreais. Em adultos mais velhos a queixa principal é a falta de memória, o que pode ser confundido com os primeiros sinais de uma demência ("pseudo-demência").

Quando o Episódio Depressivo *Major* é tratado com sucesso, os problemas de memória tendem a diminuir. No entanto, em alguns indivíduos, adultos mais velhos, um Episódio Depressivo pode, por vezes, ser o início de uma demência irreversível (Gallo, 1999, Gunn, 2009).

#### **1.6.4 - Métodos de Intervenção para a Depressão**

Estratégias de intervenção têm sido desenvolvidas ao longo do tempo e servem para facilitar a comunicação e compreensão do funcionamento psicológico, pessoal e social do indivíduo.

A técnica do **Questionamento Socrático**: tem como objetivo questionar o paciente sobre as suas crenças irracionais, com o propósito de estimular o pensamento sobre si mesmo, o que permitirá que tenha um *insight* sobre o seu pensamento distorcido. Todo o pensamento deverá basear-se em dados objetivos (Beck, 1997). Um exemplo para o pensamento “não consigo decidir nada, parece que o que quer que seja que eu decida não é certo” é: “que decisão não

consegue tomar? Porque acha que não consegue tomar decisões? Onde isso influencia na sua vida profissional e familiar? O que poderá acontecer se decidir fazer o que pensou?”. Estas perguntas ao longo das sessões levam o indivíduo a pensar se o que pensava ser difícil realizar tinha realmente um fundamento real (Ellis, 2001).

O **Registo de Pensamentos Disfuncionais**: é usado para ajudar a perceber os pensamentos (automáticos) negativos que desenvolveram as emoções e comportamentos subsequentes. Este exercício poderá ajudar o paciente a dar outro significado ao evento perturbador e desenvolver uma resposta alternativa positiva (Knapp, 2007).

As **Técnicas de Relaxamento**: têm várias formas de ser aplicadas, aqui seleccionámos duas.

a) **Respiração abdominal/diafragmática** – estimula o sistema nervoso parassimpático proporcionando uma sensação de relaxamento. Ajuda o paciente a perceber a diferença entre a respiração abdominal da torácica. Estimula-se o paciente para que pratique esta respiração abdominal diariamente e em situações que sejam de ansiedade (Knapp, 2007).

b) **Visualização de um lugar seguro**: tem como objetivo proporcionar ao paciente um relaxamento através da imaginação, com pensamentos agradáveis e positivos. Estas visualizações podem ser criadas com impressões sensoriais que, se forem treinadas, permite que o paciente consiga relaxar em alturas de maior ansiedade (Kiehl, 2009).

A **Higiene do Sono**: uma das características da perturbação depressiva são os pensamentos ruminativos, os quais podem provocar nos pacientes, dificuldades em conciliar o sono. Para obstar a que isso aconteça, poderá ser proposto ao paciente, algumas tarefas a realizar, tais como: exercício físico de manhã, uma refeição leve ao jantar, evitar fumar, **evitar** bebidas alcoólicas ou que contenham cafeína, providenciar que a cama e colchão sejam confortáveis, regularizar a hora de deitar e de levantar e utilizar o quarto somente para dormir (Irish, Kline, Gunn, Buysse & Hall, 2015).

A **Administração do Tempo**: tem como objetivo guiar o paciente a gerir o seu tempo, colocando prioridades, de forma a reduzir a ansiedade e possibilitar um aumento de controlo em relação ao dia-a-dia. **Desenvolver** uma lista de objetivos o que possibilita o pensamento sobre as prioridades e o impulso para as realizar (Delose, VanDellen & Hoyle 2015).

A **Avaliação das Atividades**: os indivíduos deprimidos tendem a desvalorizar as experiências positivas e a enfatizar as negativas, concentrando-se mais nos fracassos do que nos sucessos. Wrieth, Basco e Thase, (2008), sugerem a necessidade de trazer à memória as atividades que antes eram prazerosas e do seu respetivo registo numa tabela, diária, e/ou

semanal. Para determinar o impacto das atividades, poderá ser pedido ao paciente para classificar o grau de prazer experimentado durante a semana, em cada atividade.

As **Escala de Classificação de Satisfação**: a escala de satisfação consiste numa auto monitorização e auto avaliação, numa escala de 0 a 5, ou de 0 a 10, em que 0 indica nenhum prazer e 10 indica o máximo de prazer. Este procedimento deve ser efetuado para cada atividade, e, no fim, deverá ser executado uma a título de avaliação geral daquela semana. Poderá ser também utilizado ao fim de cada sessão para uma visualização quantitativa do estado de satisfação do paciente (Beck, Greenberg & Beck, 1995; Beck, Rush & Shaw, 1979; Wright, Beck & Thase, 2003).

## **1.7 – Apresentação do Luto e Perturbação de Luto Patológico**

### **1.7.1 – Luto e Perturbação de Luto patológico**

O luto é o acontecimento vital mais grave que a maior parte de nós pode experienciar (Parker, 1998), e distingue-se de outros grandes eventos da vida pela sua inevitabilidade e, para muitas pessoas, pela repetição da ocorrência (Currier, Holland & Neimeyer, 2012).

Segundo Parker (1998), o luto é um processo psicológico diferente. É uma reação à morte da pessoa amada, que muitas vezes gera outras perdas, como a necessidade de se ter de aprender novos comportamentos e novos valores. Ainda segundo este autor, o facto de tornar real a perda, proporciona a sua aceitação, o que permite ao indivíduo a reorganização da sua vida.

Oliveira e Werlang (2006) referem que a morte da pessoa amada implica uma rotura de projetos de vida imaginados e desejados, uma perda de sonhos que se desejavam realizar, tendo que viver com estas interrupções emocionais.

Worden (1998) escreveu que a perda da pessoa amada revoluciona e transforma o mundo assim como é conhecido e experienciado, fazendo com que o luto seja um período para a reorganização da cognição, da emoção, do bem-estar fisiológico e do mundo sem a pessoa.

O processo de reorganização do luto acontece de diferentes formas e diferentes intensidades, dependendo da pessoa e da cultura à qual pertence. Não consiste apenas em “aprender como” se separar da pessoa falecida, mas também assenta na busca de novas estratégias de manutenção, de um vínculo que já existia (Zisook & Shear, 2009).

A maior parte das pessoas enlutadas acaba por chegar a um novo equilíbrio emocional após a perda, sem desenvolver qualquer sintoma de carácter prolongado ou crónico. Um luto saudável prevê a conclusão da perda e é através da conclusão da perda que há uma

restauração, ou seja, o enlutado torna-se capaz de chegar por si a uma aceitação do que já não pode voltar, das mudanças circunstanciais e lentamente retomar a sua vida (Jordan, 2014).

Segundo Ross (1996), no livro “*Sobre a Morte e o Morrer*”, com uma primeira edição em 1926, o luto passa por 5 estágios:

- Negação e isolamento - nesta fase a pessoa nega a situação, pode não acreditar na informação, tentar esquecer, não pensar nela ou ainda buscar provas ou argumentos de que a informação/notícia não é a real, como por exemplo: “isso não é verdade”, “vai passar”, “não quero falar sobre isso”;

- Raiva - nesta fase a pessoa expressa raiva por aquilo que aconteceu. É comum o aparecimento de emoções como revolta, inveja e ressentimento. Geralmente essas emoções são projetadas para o ambiente externo, para o mundo, para os outros, ou para Deus, como causadores do sofrimento;

- Negociação - esta negociação geralmente acontece dentro do próprio indivíduo ou, voltada para à religiosidade;

- Depressão - nesta fase ocorre um sofrimento profundo. Tristeza, culpa, desesperança e medo, são emoções bastante comuns neste estágio. É um momento em que acontece uma grande introspecção e necessidade de isolamento. Pensamentos tais como, “não tenho capacidade para enfrentar isto”, “nunca mais vai ficar tudo bem”, “eu odeio-me”, são frequentes;

- Aceitação - nesta fase vivencia-se uma aceitação do rumo dos acontecimentos. As emoções não estão tão intensas e a pessoa já se dispõe a falar e a enfrentar a situação com consciência das suas possibilidades e limitações.

Para Parker (1998) o luto passa por 4 fases:

- Entorpecimento - assiste-se nesta fase a uma negação da perda, como se estivesse desligada da realidade;

- Protesto - manifestação de sentimentos de raiva dirigidos tanto a si próprio como para pessoas específicas;

- Desespero - constitui uma fase frequentemente associada a momentos de apatia e depressão. Por vezes, verifica-se um afastamento das pessoas e atividades, falta de interesse, e uma maior dificuldade de concentração na execução das tarefas básicas.

- Desapego - nesta fase verifica-se o retorno da independência e da iniciativa. Apesar da instabilidade ainda se encontrar presente nos relacionamentos sociais, nesta fase poderá haver investimentos em novas amizades e/ou no reatar de laços antigos.

De salientar que o “protesto” o “desespero” e o “desapego” já haviam sido descritos por Bowlby (1982).

Segundo Parker (1998), existem situações em que o processo de luto não segue a evolução acima descrita, podendo ocorrer a paralisação numa das fases/etapas e, conseqüentemente, a não resolução saudável do luto. Nestas circunstâncias, o luto permanece não resolvido ao longo do tempo, por vezes durante vários anos, interferindo no estado emocional da pessoa e condicionando significativamente a sua vida. Neste caso, estamos perante uma situação de Luto Patológico.

Num luto não resolvido os indivíduos apresentam indícios muitas vezes descritos como: incapacidade para confiar no próximo, raiva excessiva sobre a morte, desconexão (social e familiar), mal-estar perante a alteração de rotinas, sentimento de que a vida se tornou sem sentido, e o sentimento de desesperança relativamente ao futuro (Currier, Holland & Neimeyer, 2012), o que acaba por se refletir numa redução da qualidade de vida (Ott, 2003).

Boelen (2015), refere que apesar de o processo de luto ser aparentemente um mecanismo universal, cada indivíduo possui uma forma particular de o efetivar, sendo que a concretização deste processo varia consoante a faixa etária em que o indivíduo se encontra, o tipo de vinculação existente e as causas e circunstâncias da perda.

### **1.7.2 – Perturbação de Luto Patológico no Adulto mais Velho**

Um dos fatores mais significativos na não resolução do processo de luto é a idade avançada. Mallon e Boavida (2001) e Marcelli (2002) mencionam que a faixa etária em que se encontra o indivíduo enlutado também é muito importante na sintomatologia do luto, sendo os idosos, os mais vulneráveis, por terem formas diferentes de sentir a perda de um ente querido e de viverem o luto.

A superação da perda no adulto mais velho torna-se mais evidente e angustiante, quando o filho perdido, era único (Rebelo, 2005). Para Silva e Alves (2012), a culpa de ter sobrevivido a um filho, a dor do corte da vinculação estabelecida e a solidão, tomam conta do idoso, que muitas vezes perde a vontade de viver. Freud defendeu que o objetivo de um luto era a ideia de desvinculação, aqui traduzida pela reorganização, como condição de um processo de luto bem-sucedido (Freud 1974).

Bowlby (1980) refere que os tipos de vinculação (seguro ou inseguro), experienciados por um indivíduo na sua família de origem, se revelam em diferentes formas, em resultado da reação à perda. Esta teoria é tida como um conceito central e não serve só para entender as ligações humanas, mas também as reações à perda dessas ligações (Canvarro, 2004).

Diversos autores apresentam a ruminação como um indício de que o processo de luto poderá estar estagnado (Eisma et. al., 2013).

Espera-se da pessoa enlutada que se tente distrair e que afaste os pensamentos dolorosos. Seria de esperar que essa pessoa pensasse sobre assuntos não relacionados com a perda. O problema é que quando a idade do enlutado é maior, muito mais acessíveis ficam os pensamentos dolorosos (ruminação), na memória (Wenzlaff, Wegner & Roper, 1998). Como tal, a ruminação sobre os sentimentos e problemas relacionados com a perda, pode contribuir para a repressão desses pensamentos, o que interrompe o processo de luto, podendo este tornar-se patológico. Por exemplo, indivíduos com luto complicado relataram memórias muito mais específicas sobre a vida do falecido do que sobre a sua própria vida, ou da vida de um outro indivíduo significativo. A ruminação propõe ao indivíduo uma abstração do que o rodeia (realidade da perda), ocupando a sua atenção e o seu tempo, num pensamento singular (o momento em que estagnou) (Eisma et al., 2013). Como consequência surge uma menor participação na socialização, na vida profissional, e em atividades recreativas, por se verificar um bloqueio face a tudo o que contrarie os pensamentos negativos (Martell, Addis & Jacobson, 2001).

### **1.7.3 – Critérios de Diagnóstico para o Luto Patológico**

Os critérios de diagnóstico para o luto patológico, distingue-se da tristeza normal, pela presença de reações graves ao luto que persistam pelo menos 12 meses após a morte. Se os níveis graves de resposta à dor persistirem 12 meses, e interferirem nas funções e nas capacidades funcionais do indivíduo, estamos perante um luto patológico (APA, 2013a, p. 792).

A reação comportamental e emocional do indivíduo à morte de alguém querido/próximo poderá apresentar sintomas caraterísticos de um episódio depressivo maior<sup>2</sup>, tais como: isolamento social, insónia ou hipersónia, irritabilidade, angústia, baixa auto-estima, fadiga, pessimismo, dificuldade de concentração e desinteresse. No entanto o diagnóstico diferencial, luto patológico/episódio depressivo maior, deve ser cuidadosamente efetuado, pois um luto patológico pode dar origem a uma depressão (APA, 2013a).

---

<sup>2</sup> No DSM-5 a depressão maior “Major Depressive Disorder”, já não há a diferença entre um só episódio ou vários.



No DSM V, encontramos o luto patológico como “*Persistent Complex Bereavement Disorder*”<sup>3</sup> caracterizado pelas reações congeladas nas primeiras fases do luto, apresentando características como a ansiedade ou saudade intensa do falecido, enorme tristeza, dor emocional severa e persistente, preocupação com o falecido ou com as circunstâncias da morte (APA, 2013b).

O Luto Patológico ainda não apresenta critérios de diagnóstico, conclusivos, apenas critérios propostos, para a continuidade e aprofundamento do estudo científico.

#### 1.7.4 - Métodos de Intervenção para o Luto Patológico

Algumas sugestões de intervenção passam pelas da depressão, visto que o luto tem características idênticas que poderão ser trabalhadas com algumas das já descritas anteriormente, tais como: questionamento socrático, técnicas de relaxamento, administração do tempo, com o foco na tristeza do luto (Bleichmar, 2010).

*De seguida apresentamos outras técnicas mais específicas para as fases do luto.*

A **Ativação de memórias positivas**: esta técnica indica que a ativação de memórias positivas é suficiente para minorar comportamentos depressivos (Ramirez, et. al., 2015). Consiste em acionar memórias agradáveis/positivas através de perguntas (questionamento socrático).

A **Estruturação e psico-educação**: tem como objetivo maximizar a eficiência das sessões de tratamento, auxiliar a organizar os seus esforços em direção à recuperação e a intensificar o que foi aprendido. Chamada a “agenda de sessão”, o terapeuta ajuda o paciente no uso desta agenda para explorar produtivamente tópicos importantes na busca de atingir os objetivos do tratamento, por exemplo, “aumentar o número de vezes que sai para beber um café”, “reduzir o número de vezes que vai ao cemitério” (Wright, Basco & Thase, 2006, pp. 16-32).

A **Reestruturação Cognitiva**: tem como objetivo identificar erros cognitivos. Esta técnica consiste em praticar uma nova maneira de pensar por meio da criação de mensagens mentais ou *role-play*, como por exemplo, a despedida do filho com a técnica da cadeira vazia (Wright, Basco & Thase, 2006).

---

<sup>3</sup> “**Bereavement**: Intense yearning or longing for the deceased, intense sorrow and emotional pain, and preoccupation with the deceased or the circumstances of the death are expected responses occurring in bereavement, whereas fear of separation from other attachment figures is central in separation anxiety disorder.”

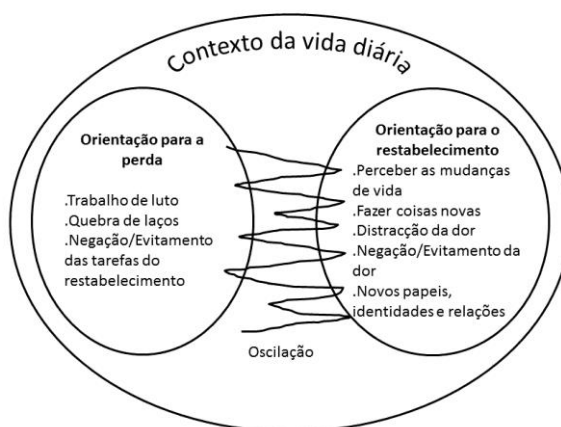
**O Modelo das 4 Tarefas:** Worden (2002) sugere um modelo baseado em quatro tarefas que o enlutado deve realizar, para se adaptar à nova fase da vida. Este autor defende que trabalhar o luto implica uma ação ativa no processo, ou seja, é a tomada de consciência de que o enlutado pode fazer algo para o resolver. Estas tarefas consistem em: 1) aceitação da realidade da perda; 2) em trabalhar a dor do luto; 3) adaptação a um ambiente no qual a pessoa falecida está ausente; 4) recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida e continuar a viver.

**O Modelo Dual:** Este modelo desenvolvido por Stroebe e Schut (1999), demonstra o processo reacional dos indivíduos às perdas, e sugere um modelo de compreensão do processo de coping e de adaptação ao luto. Neste modelo verifica-se a proposta de três dimensões:

1- Orientação para a perda, 2 - Orientação para o restabelecimento, e 3 – Oscilação.

“O DPM é claramente distinto de todos os outros modelos de coping com o luto, devido a um processo de regulação emocional envolvendo uma oscilação” (Hansson & Stroebe, 2007, p.48).

Segundo Stroebe e Schut (1999), a oscilação refere-se à alternância entre a dimensão 1 e a dimensão 2, realizada através do confronto e do evitamento dos diferentes stressores do luto. Atender em simultâneo às duas dimensões é na realidade difícil ou impossível, mas como é necessário atendê-las, a oscilação é um processo necessário e muito provavelmente um dos melhores indicadores da evolução da experiência de luto, como mostram os autores Hansson e Stroebe (2007) ilustrado na Figura 2.



**Figura 2.**

*Processo Dual de Lidar com o Luto (Hansson & Stroebe, 2007)*

**A Teoria da exposição:** Esta consiste em colocar o paciente frente ao estímulo doloroso. A exposição simples pode levar o indivíduo a reviver a situação e causar uma descompensação. A posição do técnico deve ser de alerta nesse sentido. No entanto, por meio de expressões e comentários, poderá fazer a ponte para o caminho da cura, onde o estímulo deixa de ser traumático. O método da exposição ao estímulo doloroso, utilizado em conjunto com técnicas de relaxamento que baixam a ansiedade, pode acrescentar benefícios muito evidentes no processo de luto (Knapp, 2007).

Estas são algumas das técnicas sugeridas e estudadas para poderem ser aplicadas na intervenção do luto patológico no âmbito da abordagem cognitivo-comportamental.

Em síntese, tendo em vista todos os argumentos apresentados podemos dizer que a morte oferece novos desafios adaptativos na definição que o indivíduo tem da sua identidade. A perda de um familiar pode originar um desequilíbrio emocional e o processo de recuperação passa por um reajuste das relações e por um assumir de papéis, necessário para compensar a morte e seguir com a vida para a frente.

Nos sistemas familiares saudáveis existe uma capacidade maior de aceitar uma perda. Pelo contrário, nos sistemas familiares disfuncionais manifestam-se padrões menos adaptativos relativamente à aceitação da morte, agarrando-se à fantasia e negação para encobrir a realidade e para insistir na intemporalidade e perpetuação dos laços nunca desfeitos.

É fundamental entender e acompanhar o processo de luto na velhice, principalmente no caso de morte de um filho. Está provado que este acontecimento pode provocar um grande impacto com consequências físicas e emocionais, que acrescem a vários outros sofrimentos desta faixa etária (Oliveira & Lopes, 2008).

O acompanhamento psicológico do luto com a abordagem cognitiva-comportamental sugere resultados mais rápidos e consistentes ao longo do tempo. As técnicas sugeridas, investigadas e aplicadas, propõem um caminho facilitador, para o adulto mais velho, poder expressar a sua dor, e ao mesmo tempo verbalizar e reprocessar a informação dolorosa, podendo assim, terminar o processo de luto, reorganizando a sua vida e adaptando-se à nova realidade.

## **Parte II – Trabalho de Estágio**

Este estágio decorreu na unidade de apoio psicológico. Fomos inseridas na equipa de gerontopsicologia, onde era específico o acompanhamento dos adultos mais velhos.

Esta parte do relatório tem como objetivo descrever o trabalho realizado durante o estágio académico.

O estágio dividiu-se em dois períodos distintos, um de observação – que decorreu de Outubro a Dezembro de 2012, e outro com características mais interventivas – que decorreu entre Janeiro a Junho de 2013 (Anexo A).

### **2.1 – Participação em Formações e Reuniões Clínicas**

#### **Formações**

No decorrer deste estágio foi-nos concedida a oportunidade de assistimos a várias formações, que ocorreram entre 21 de Setembro e 4 de Outubro de 2012. Tiveram como objetivo a apresentação de todos os serviços do HSM, onde estão presentes os serviços de psicologia, como por exemplo: Hospital de Dia; Equipa de Intervenção Comunitária e Unidade de Projeto, Núcleo de Estudos do Suicídio, Unidade de Dia de Adolescentes, Consulta de Gerontopsiquiatria, entre outros (Anexo B).

Em Novembro assistimos a uma conferência sobre gerontopsiquiatria, levada a cabo pelo Dr. Roldão Vieira, onde se debateram as necessidades mais evidentes na população de adultos mais velhos. Esta conferência abordou os seguintes temas: *(I) a solidão e as consequências na saúde mental do idoso; (II) demência vs depressão: a demência não é sinónimo de depressão. Verifica-se uma tendência para a diminuição da depressão na mesma medida que aumenta a demência; (III) a intervenção: É importante fazer uma boa avaliação, para um diagnóstico diferencial correto.*

Na mesma linha da gerontopsiquiatria, em Dezembro, assistimos a uma conferência, sobre a “Sexualidade na 3ª Idade”. Foi apresentada e desenvolvida por um médico interno de psiquiatria, que abordou um estudo, que ainda decorre sobre esta temática.

Estivemos presentes no 5.º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, com a duração de dois dias (1 e 2 de Março 2013) com o tema “Afetos, Emoções e Cognições”, realizado no hotel Villa Rica, em Lisboa.

## **Reunião Clínica Geral de Psiquiatria/Psicologia**

Estas reuniões clínicas tinham como objetivo: a apresentação, discussão e conclusão do estudo de um caso, uma revisão de literatura ou um projeto clínico.

Todas as segundas feiras das 9h às 11h eram realizadas reuniões, onde profissionais de psiquiatria e psicologia apresentavam várias temáticas destinadas a informar, e a diagnosticar.

Destinavam-se a todos os profissionais especializados em saúde mental, dos hospitais da zona de Lisboa – (médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, internos de psiquiatria e estagiários de psicologia). Os assuntos expostos serviam para análise e discussão médica.

Alguns dos temas apresentados, foram: “Mutismo Seletivo em Crianças e Adultos”, “Biobanco-investigação”, “ O Lugar da Psiquiatria nas Neurociências”, “DSMV – o novo manual”, “Crise vs. Suicídio”, “A relação entre a Canábis e a Psicose”. Também foram apresentados alguns casos clínicos como: *Obsessivo-Compulsivo* - “Uma casa cheia de Sacos”, *Depressão catatónica* - “Um amor sem volta ” e *Esquizofrenia* - “um caso de mãe e filha”. Em algumas situações, foi possível fazer-se a apresentação do caso clínico com a presença do paciente<sup>4</sup>. Iniciava-se com a apresentação da história clínica, da avaliação, do acompanhamento e do respetivo tratamento. Seguidamente chamava-se o paciente, e o médico psiquiatra efetuava uma “consulta” em direto. Nessas reuniões participaram pacientes do internamento, pacientes do hospital de dia, e pacientes da unidade de projeto (Anexo C).

Estas reuniões gerais foram muito úteis, para a nossa aprendizagem. Os temas e as apresentações foram expostos de forma clara e muito bem explicados. Em nossa opinião o ponto mais alto destas reuniões, foi a apresentação e descrição dos casos clínicos com a participação (ou não) do paciente.

## **Reunião de Equipa de Psiquiatria (internamento)**

Estas reuniões tinham como objetivo a discussão dos casos clínicos que se encontravam no internamento. Os pacientes apresentavam patologias como: Esquizofrenia Paranoide, Perturbação *Borderline* (com traços histriónicos da personalidade), Depressão Major e Esquizofrenia esquizofreniforme.

---

<sup>4</sup> O paciente era informado previamente dessa reunião, e de tudo o que se passaria com ele presente; era explicado que estaria numa sala com vários profissionais de saúde, onde provavelmente lhe fariam perguntas. Se o paciente consentisse, assinava uma autorização e no dia marcado descia do internamento ou do hospital de dia para a reunião clínica. Quando o paciente não concordava, e se o seu caso se justificasse, era na mesma apresentado o caso clínico para discussão.

Debatia-se e partilhava-se informação relativa à evolução do seu estado mental e comportamental, à farmacologia administrada e às estratégias de intervenção. As reuniões da equipa eram dirigidas pelo diretor do serviço de psiquiatria e realizadas todas as terças feiras das 9h as 11h (Anexo D).

Ouvir os médicos a dar um parecer clínico, discutindo os critérios de diagnóstico um a um, fazendo o diagnóstico diferencial, com base na avaliação colocando as hipóteses de diagnóstico, foi uma mais-valia para o nosso desenvolvimento técnico, pois permitiu-nos conhecer patologias e seus diagnósticos, que são uma prática quase exclusiva do internamento.

## **2.2 – Intervenções Psicológicas**

### **2.2.1 – Projetos e Outras Atividades**

Nesta secção do relatório iremos especificar o trabalho efetuado na intervenção psicológica para a prevenção e promoção da saúde mental dos adultos mais velhos sob a orientação da supervisora de estágio, da orientadora de relatório e da equipa de gerontopsicologia.

#### **Cartão de marcação das sessões**

Sendo a nossa equipa de geriatria, a nossa população alvo era maioritariamente adultos mais velhos. Durante a observação do acompanhamento psicológico, constatámos que a remarcação da consulta era feita numa folha A4. Inclusive observámos que alguns pacientes solicitavam que a marcação fosse feita num papel mais pequeno, que coubesse na carteira. Deste modo, ser-lhes-ia mais fácil auxiliar a sua memória (população maioritariamente composta por adultos mais velhos). Em alternativa à folha A4 propusemos o uso de um cartão com a possibilidade de caber na carteira. Esta proposta foi apresentada à nossa supervisora e aprovada pela instituição (Anexo E).

#### **Projeto “Promover a Sociabilidade”**

A conferência dada pelo Dr. Carlos Roldão, acerca da intervenção no grupo de Gerontopsiquiatria, em que salientou as necessidades mais evidentes na população de adultos mais velhos, fez-nos pensar num projeto específico. Como a principal dificuldade, se centrava nas necessidades básicas, a nível emocional, social e de competências, propusemo-nos a explorar essas áreas.

Elaborámos um projeto de intervenção com o objetivo de “Promover a Sociabilidade”, no qual seriam explorados diversos temas, como por exemplo: “Aliviar a Solidão/Ansiedade”, “Valorizar as competências, vivências e histórias de vida”, “Medidas de melhor adesão à medicação”, “Importância de uma alimentação saudável”, “Atenuar o sentimento de conflitos familiares”, “Promover as relações interpessoais”, “Promover o aumento da auto-estima” e “Sensibilizar na superação dos medos” (informar, esclarecer, atualizar as ajudas necessárias à situação).

Este projeto teria uma duração de 3 meses, contemplando 13 encontros de grupo (sendo possível, da nossa parte, dar continuidade ao projeto).

Avaliaríamos inicialmente a adesão, participação e necessidades do grupo. Para essa avaliação interna propúnhamos uma entrevista semiestruturada com três perguntas (Se viesse a formar-se um grupo de apoio, com indivíduos dentro da mesma faixa etária, gostaria de vir conhecê-los e a participar no grupo?; Compartilharia as suas experiências de vida com esse grupo, de forma a promover o apoio entre os elementos do grupo?; Pensa que um grupo de apoio era uma boa alternativa de fazer amizades, conhecimentos e de se sentir menos só?), a fim de perceber se este projeto faria sentido para esta população específica e também, para identificar as necessidades sentidas pelo grupo alvo desta formação. Após esta triagem, e consequente formação do grupo, aplicar-se-iam na primeira sessão, dois questionários, um sobre Solidão e o outro sobre O bem-estar subjetivo, que se tornariam, a aplicar na última sessão, com o objetivo de avaliar a evolução ocorrida ao longo das sessões. Desta forma, pretendia-se verificar, através dos resultados obtidos, a eficácia da intervenção e a pertinência da continuidade deste projeto.

Após a esquematização em papel, apresentámo-lo à nossa supervisora da instituição que, posteriormente, propôs à Professora Doutora Luísa Ferreira, a realização do mesmo. No entanto, a dinamização deste projeto foi indeferida pela responsável, face à inviabilidade da sua implementação por motivos logísticos, a saber: a ausência de espaço hospitalar disponível (Anexo F).

### **Flyer Informativo**

Em alternativa à ação de intervenção em grupo, criámos um *Flyer* informativo. Com o *flyer* informativo tínhamos o objetivo de informar, direcionar e propor algumas noções básicas que muitas vezes são esquecidas, ou nem sequer consideradas de forma a promover

estratégias para facilitar o dia-a-dia dos adultos mais velhos. Tivemos em consideração a clareza de conteúdo, assim como, o tamanho da letra de modo a facilitar a sua leitura.

A informação contida no *Flyer*, teve como base abordar os temas que teriam sido desenvolvidos no projeto de intervenção. Um esclarecimento mais objetivo das seguintes temáticas: melhor adesão à medicação (*estratégias*), algumas atividades específicas para esta faixa etária, bem como os locais e onde poderão exercer as mesmas (Faculdade sénior, Hidroginástica, Trabalhos manuais, Passeios em grupo).

As atividades sugeridas têm como objetivo, estimular a sociabilização e contrariar a solidão (Anexo G).

Juntámos alguns contatos que considerámos ser de relevante importância (urgência, polícia, bombeiros, táxis, HSM, Linha de apoio ao idoso, SOS voz amiga, Sap), com o propósito de estarem sempre acessíveis.

### **Apoio Psicológico no Internamento**

No internamento psiquiátrico, devido aos distúrbios/patologias e ao facto de os pacientes estarem muitas vezes medicados, a atuação do psicólogo, quer fosse estagiário ou profissional, era muito ligeira. Na verdade, não se efetuavam acompanhamentos psicológicos, mas criavam-se pontos de contato com o paciente internado. A nossa intervenção passava por nos sentarmos junto dos pacientes internados, estabelecer contato com o olhar e tentar perceber a sua receptividade. Podíamos iniciar um ponto de contato com o paciente colocando perguntas como, “se tinha dormido bem” ou “o que tinha sido o almoço”. Outras vezes conseguimos estar presentes com a animadora no decorrer de uma atividade com a animadora, e ajudávamos em tarefas que nos iam permitindo estabelecer relações. Participámos também nos grupos realizados pela enfermeira de serviço, onde se abordavam temas do dia-a-dia, tais como: “gostam de lavar a louça, por onde começam, copos ou talheres”, e discutiam-se ideias básicas.

A observação e acompanhamento destes grupos, por mais básica que pareça ter sido, revelou-se interessante. Importante citar que, em algumas ocasiões, foi o paciente que nos procurou, solicitando a nossa presença.

### **Observação de Eletroconvulsivoterapia (ECT)**

No HSM a eletroconvulsivoterapia é usada quando a terapêutica farmacológica aplicada já não funciona na estabilização, recuperação e reorganização do paciente.



Considerada como uma das terapêuticas mais antigas, a eletroconvulsivoterapia é o tratamento mais controverso e polêmico da psiquiatria (Perizzolo et. al., 2003).

Rigonatti, Cretaz, e Aratangy, (2011, p. 30) referem que “A Eletroconvulsoterapia é uma forma de tratamento segura e eficaz, porém cercada de mitos e preconceitos errôneos. Tais ideias são fruto de estigmas antiquados e ignorância, perpetuados por certos grupos, motivados por interesses particulares. A educação é a melhor forma de reverter este quadro e ampliar o uso desta ferramenta”.

Numa breve abordagem à história desta técnica temos registros que em 1934 Ladislav von Meduna (1896-1964) relatou o tratamento bem-sucedido da catatonia e de sintomas esquizofrênicos com convulsões induzidas farmacologicamente. Observou-se que, depois de uma convulsão os sintomas de esquizofrenia diminuam. Em Abril de 1938, Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964) administraram o primeiro tratamento electroconvulsivo, que como a literatura diz, era feito a “seco” ou seja, sem anestesia e com o doente acordado e consciente, isso provocava bastante desconforto, tal como possíveis fraturas devido às convulsões tônico-clônicas serem muito intensas (Moser, Lobato, & Belmonte-de-Abreu, 2005).

Com o aperfeiçoamento desta técnica foram sendo administrados aos doentes um relaxante muscular e uma anestesia geral de curta duração, minimizando assim o desconforto e a ansiedade. Esta técnica médica consiste na indução de crises convulsivas com choques elétricos para o tratamento de sintomas psiquiátricos (Antunes, 2008). Os resultados obtidos têm sido bastante promissores. Só utilizam esta técnica quando a farmacologia aplicada não surtiu efeito. Segundo, Salleh, Papakostas, Zervas e Chistodoulou (2006), são necessárias em média, seis a oito aplicações para o tratamento efetivo de um episódio depressivo, podendo chegar a 12 aplicações ou mais se não houver melhora clínica satisfatória.

O estímulo elétrico é assim usado com fins terapêuticos, como tratamento e como manutenção a longo prazo utilizado como medida profilática.

Segundo Richard Abrams, psiquiatra e pesquisador, a eletroconvulsivoterapia é um tratamento que não desaparecerá, trará sempre maiores benefícios que contra-indicações. Nas últimas décadas esta técnica tem sido estudada e aperfeiçoada. Trata-se de uma ferramenta muito importante a nível terapêutico na psiquiatria moderna. Desta forma, o seu uso não deve ser limitado por conceitos equivocados, baseados na falta de conhecimento, mas sim promovido como forma de tratamento eficaz e segura (Rigonatti, Cretaz, & Aratangy, 2011).

No Hospital de Santa Maria, esta terapia é aplicada a pacientes indicados para tal e são realizadas quase todos os dias, na presença de uma equipa médica especializada.

Em Portugal não encontramos nenhum estudo longitudinal fiável, que nos pudesse mostrar os resultados obtidos a longo prazo. O que a literatura nos diz é que os resultados são muito positivos para o paciente e com consistência ao longo do tempo. Estão identificadas algumas contra-indicações, como por exemplo, perda de memória, designada como amnésia anterógrada e retrógrada, que poderá cessar os seus efeitos em algumas horas ou no máximo até seis meses. Não há relato na literatura deste efeito colateral ter permanecido definitivamente, porém, não é dada muita importância a esse facto devido aos benefícios revelarem ser superiores.

### **Procedimento:**

A equipa médica é composta pelo médico psiquiatra com especialidade em ECT, pelo médico anestesista, pela assistente de anestesia, e por duas enfermeiras.

Durante a aplicação do eletrochoque o doente é constantemente monitorizado. A equipa não se afasta do doente até que este acorde e esteja bem.

Como referido anteriormente, só se recorre a esta técnica quando todas as outras falham, ou seja, quando não há uma adesão à medicação, quando a medicação não surte efeito ou quando já não é possível as doses serem aumentadas.

No HSM os pacientes sujeitos a esta intervenção tinham sido diagnosticados com, esquizofrenia, distímia, perturbações da personalidade e estado catatónico.

Estas intervenções eram efetuadas pela manhã. O paciente teria de estar em jejum e por volta da hora do almoço já poderia retomar a sua rotina alimentar.

### **Caso clínico tratado com eletroconvulsivoterapia**

Como Psicólogas Estagiárias acompanhámos a evolução de uma paciente internada no início do nosso estágio, em estado catatónico<sup>5</sup>. Após várias tentativas farmacológicas falhadas, a paciente foi proposta a este tratamento. Ao fim de 12 sessões de

---

<sup>5</sup> Diz-se que uma depressão tem características catatónicas quando o quadro clínico se caracteriza por intensas alterações da psicomotricidade, entre as quais: imobilidade quase completa, ecolalia (repetição continua do mesmo som) ou ecopraxia (repetição constante involuntária ou imitação de movimentos). A imobilidade motora pode apresentar-se como estupor (o chamado “estupor melancólico”) ou ainda por catalepsia (flexibilidade cética). Cumpre notar que, nos tempos atuais, é muito raro encontrar-se um verdadeiro “estupor melancólico”. As facilidades de diagnóstico e de tratamento quase sempre impedem a progressão a essas formas mais graves, que ainda em passado recente (particularmente antes da introdução do electrochoque) ameaçavam a vida dos pacientes (Porto, 1999).

Eletroconvulsivoterapia, a paciente estava autônoma (falava, andava, e alimentava-se sozinha). Após confirmação dos resultados do tratamento aplicado, teve alta hospitalar.

A longo prazo não tivemos oportunidade de observar que consequências este tratamento poderá ter trazido a esta paciente em particular. Em contexto informal, questionámos os médicos da especialidade que nos informaram, que o efeito secundário que estes pacientes poderão apresentar logo após o ECT, é “amnésia retrógrada global transitória”. Esta amnésia poderá durar algumas horas e a recuperação é total. Em casos pontuais, os médicos dão indicação, para a continuidade deste tratamento, como manutenção e estabilização da doença.

### **Observação na Consulta Externa**

Sempre que nos foi autorizado, pelo paciente, assistimos às sessões de psicologia. O nosso papel era apenas de observação. Observávamos a receção ao paciente, o seu pedido de ajuda, a exposição do problema, a interação psicóloga/paciente, as técnicas utilizadas e o término da sessão.

Na tabela 1 colocamos alguns casos que já vinham sendo acompanhados pela nossa supervisora de estágio. O diagnóstico apresentado na tabela já tinha sido feito pelo médico psiquiatra.

**Tabela 1.**

*Observação de alguns acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio em consulta externa*

<b>Nome (iniciais)</b>	<b>Sexo/idade</b>	<b>Diagnóstico</b>
A.S	F/68	Depressão
C.A.	F/72	Depressão
G.N.	M/44	Bipolar Tipo 1
J.V	M/65	Depressão
M.P	F/53	P. esquizoafetiva
<b>Total = 5 Casos</b>		

Como podemos verificar na tabela 1, os adultos com idades compreendidas entre os 44 e 53 anos apresentavam patologias diversificadas e os adultos com idades compreendidas entre os 65 e os 72 anos, apresentavam uma patologia idêntica: depressão. Após as observações, deste último grupo depreendemos que a periodicidade destes acompanhamentos se revelou insuficiente para as necessidades nesta faixa etária. Uma hora de sessão revelou ser

nitidamente insuficiente, esta experiência fez-nos perceber que os adultos desta faixa etária são carentes de companhia, e têm a necessidade de serem ouvidos o que, por vezes, dificulta terminar a sessão na hora prevista.

### 2.2.2 - Avaliações Psicológicas

Sempre que a supervisora de estágio achava adequado, efetuava avaliações psicológicas. Quando era autorizado pelo paciente, observávamos as avaliações realizadas.

#### Avaliações observadas

Esta unidade estava integrada no projeto de acompanhamento geriátrico, e sempre que pertinente, efetuavam-se avaliações psicológicas para despiste de défices cognitivos ligeiros ou situações de demência (com os instrumentos existentes na unidade).

**Tabela 2.**

*Observação em consulta externa de alguns testes de avaliação psicológica  
(descrição detalhada dos testes após a tabela)*

Nome	Teste aplicado
A.M.G.	GPCOG
M.J.M.	MMSE
L.M.	GDS
B.R.C	GPGOG
F.J.D	GDS
S.R	MMSE
L.J.R.	GPGOG

A observação das avaliações permitiu-nos um maior aprofundamento de conhecimento destes testes. Pelo facto de serem específicos para esta faixa etária e menos conhecidos no contexto académico este acompanhamento capacitou-nos para a sua aplicação, cotação e interpretação dos mesmos.

### **Descrição breve das escalas observadas**

Os instrumentos a seguir descritos foram aplicados pela nossa supervisora em adultos mais velhos para o diagnóstico diferencial entre depressão e défice cognitivo. O resultado dos mesmos permite à técnica um acompanhamento adequado.

**Mini Mental (MMSE):** Esta escala era aplicada sempre que surgia a dúvida de um défice cognitivo. Versão original por Folstein, Folstein, and McHugh, 1975. Versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por (Guerreiro et. ai., 1994), é composta por trinta itens e tem como objetivo identificar, indivíduos com possível declínio cognitivo, o que poderá justificar o alargamento de uma avaliação (Roncon, 2010).

**The General Practitioner assessment of Cognition (GPCOG):** “Teste de avaliação cognitiva generalista” (Vieira, 2011). Este teste é considerado eficaz para o despiste de demência e “*comprometimento cognitivo*” (Brodaty, Kemp & Low, 2004). O GPCOG é um instrumento eficiente e bem aceite para a triagem da demência.

**Geriatric Depression Scale (GDS):** Esta escala avalia a depressão no adulto mais velho. Foi traduzida e adaptada à população portuguesa, numa versão mais reduzida, de trinta itens (Veríssimo, 1998). É o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado para os adultos mais velhos (Apóstolo, 2012), com o objetivo de quantificar a depressão nos idosos.

No seguimento da descrição das observações nas avaliações psicológicas iremos descrever as escalas aplicadas por nós, nos nossos casos clínicos.

### **Avaliações Psicológicas Realizadas**

#### **SCL-90 – Avaliação Clínica**

Esta escala foi aplicada por nós à APM com o objetivo de despistar uma perturbação mais grave que pudesse estar associada à depressão. Como é uma escala de autopreenchimento, foi efetuada numa só sessão.

Desenvolvida por Lipman, Derogatis e Covi (1973), e adaptado para a população portuguesa por Baptista (1993, citado por Fernandes et al., 2005), este instrumento clínico é um questionário de autopreenchimento, desenvolvido para a ajuda na deteção de casos psiquiátricos. Tem como objetivo identificar sintomas psiquiátricos e a descrição do estado mental (Holi, 2003). É composto por noventa itens, que englobam uma lista de problemas e sintomas. Avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias e três índices globais de sintomas. Cada sintoma faz parte de uma determinada escala. As nove dimensões

primárias são: 1- somatização, 2- obsessões/compulsões, 3- sensibilidade interpessoal, 4- depressão, 5- ansiedade, 6- hostilidade, 7- ansiedade fóbica, 8- paranóide, 9- psicoticismo (Fabião, Barbosa, Fleming & Silva, 2011).

Permite também avaliar três índices globais de sintomas: 1- Índice de Severidade Global (GSI); 2- Índice de Sintomas Positivos com Desajuste Emocional (PSDI); 3- Sintomas Positivos Totais (PST), tendo ainda outras escalas adicionais (por exemplo, o apetite e o sono). O valor clínico de referência para analisar as diferentes subescalas é de 1,5. Assim sendo, as subescalas cuja média é superior a 1,5, são consideradas significativas do ponto de vista clínico, podendo ser considerada a probabilidade de patologia, com valores superiores a 1,8 (Martins, 2011).

No estudo psicométrico realizado, o coeficiente de fidelidade para o SCL-90-R com noventa itens foi de 0.963, o que evidencia uma elevada consistência interna do instrumento. A versão portuguesa deste questionário elaborada por Batista (1993, citado em Martins, 2011, p. 102), “o estudo psicométrico realizado obteve valores elevados de consistência interna, o Alfa de Cronbach variou entre 0.74 e 0.97, e na consistência teste-reteste, os coeficientes alfa encontrados foram de 0.78 e de 0.90”.

Após a aplicação e realização das provas de avaliação psicológica, executou-se a análise dos resultados obtidos através das normas de cotação e correção mencionadas, de modo a considerar-se uma hipótese de diagnóstico (Almeida, Fornelos & Silva, 2003). Considerada a hipótese de diagnóstico, estão reunidas (à partida) mais informações para uma possível intervenção psicológica, de acordo com cada situação (Almeida et al., 2003).

### **Mini-Mult - Avaliação de traços de Personalidade**

O instrumento aplicado a APM teve como objetivo despistar traços de personalidade e a sua severidade, assim como transtornos emocionais, que pudessem ser fator de aumento da ansiedade e manutenção do estado depressivo da mesma.

Este questionário, Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (MMPI) foi elaborado em 1941, por Hathaway e McKinley (Hathaway, 1943). Devido a ter 566 questões, e não ser de fácil aplicação em tempo útil, foram selecionados 71 itens por Kincannon em 1968, desenvolvendo assim uma versão mais reduzida deste instrumento (Lopes, Barreira & Pires, 2001).

Sendo um questionário de autopreenchimento foi possível ser aplicado numa só sessão.

Para este caso utilizámos a versão portuguesa deste teste, traduzido por Lopes (1985 citado por Galhordas, 2000), contendo setenta e um itens. Este instrumento avalia uma série de padrões de personalidade e transtornos emocionais, sendo utilizado, no âmbito psiquiátrico, no forense, no recrutamento e na seleção. O Mini-Mult caracteriza-se por ser um instrumento com características para a classificação mais objetiva da personalidade, diagnóstico e estimativa do grau de severidade da perturbação. É composto por várias escalas que segundo Gouveia e Alves (2002) “embora cada escala tenha a designação de uma perturbação patológica, nenhuma escala é pura, isto é, ela pode diferenciar o grupo patológico do normal, mas não diferencia necessariamente os grupos patológicos uns dos outros”. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, destinado a pessoas escolarizadas, maiores de 16 anos. É constituído por afirmações com possibilidades de resposta: Verdadeiro ou Falso.

O Mini-Mult é composto pelas seguintes escalas: Escala de Validade (L- Sinceridade; Escala F- Falsificação/Infrequência; K- Atitude do sujeito face aos seus sintomas) e Escala Clínica (Hs-Hipocondria; D-Depressão; Hy-Histeria; Pd-Desvio Psicopático; Pa-Paranóia; Pt-Psicastenia; Sc-Esquizofrenia; Ma-Hipomania). Este instrumento estuda o perfil de personalidade por lhe ser reconhecida validade em diferentes domínios da avaliação e de fornecer elementos sobre problemas psicológicos, sintomas psicopatológicos e outras características da personalidade úteis na escolha de estratégias de intervenção clínica (Galhordas, 2000).

Após a cotação das respostas é obtida uma nota bruta por cada escala que será convertida em nota T sendo a média 50 e o desvio padrão 10. No final, a cotação de todas as escalas resulta na elaboração de um gráfico. Notas T acima de 70 são consideradas indicadores de patologia. É a análise do modo como os sujeitos se posicionam em cada uma das escalas que permite descrever o perfil de personalidade (Lopes, et al., 2001).

Este questionário de personalidade permite-nos inclusive avaliar, os seguintes índices: o (AI) - designado como índice de ansiedade (fórmula matemática que nos permite obter um valor, onde o ponto de corte é o 50. Indivíduos que apresentam valores acima ( $> 50$ ) são considerados ansiosos).

O (IR) - índice de internalização (fórmula matemática que nos permite obter um resultado entre 1 e -1, onde o 1 é o valor normativo. Sendo que em valores acima de 1 os sintomas somáticos tendem a aumentar).

O índice de Godberg baseia-se numa fórmula matemática que nos permite diferenciar pacientes neuróticos de psicóticos. Se o resultado da fórmula for um valor  $> 45$  sugere-nos um

paciente com perfil psicótico se for  $< 45$  teremos um perfil neurótico. Valores muito baixos são considerados indeterminados (Graham, 1987).

Apesar de existirem alguns estudos da versão portuguesa do Mini-Mult, não se encontram dados sobre as suas características psicométricas (Martins, 2011). Mas na versão original de Kincannon (1968), a capacidade deste conjunto de itens para prever os resultados na escala padrão de notas brutas do MMPI, foi estimada ter sofrido apenas uma perda de 9% em fiabilidade e uma perda de 14% no re-teste. Referente às notas T utilizadas neste estudo, a equipa de adaptação espanhola calculou a fidelidade, utilizando o índice de Cronbach, com a amostra total de sujeitos ( $n=1.971$ ), obteve-se um resultado de 0.91. Posteriormente, realizou-se o cálculo apenas com as escalas básicas e o índice alcançado foi de 0.78. Os valores encontrados podem ser considerados como expressivos e satisfatórios (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 2002).

Consolidamos a interpretação deste teste através da consulta do respetivo manual, pesquisa de artigos científicos e técnicos especializados, de modo a fazer um acompanhamento adequado. Concluimos assim que esta aprendizagem contribuiu para um conhecimento mais enriquecedor das escalas aplicadas.

## **2.3 - Casos Clínicos**

Após a apresentação do trabalho prático de observação, intervenção e avaliação psicológica realizado durante o estágio, focamos em seguida a nossa atenção na descrição de dois casos clínicos de acompanhamento psicológico.

Atendendo ao facto de ser importante realizar uma avaliação psicológica, em pelo menos um caso, considerámos que o Caso 1 iria beneficiar de uma avaliação que nos possibilitaria uma reflexão aprofundada, e mais objetiva da situação acompanhada. Quanto ao Caso 2, devido à instabilidade emocional da paciente não foi possível realizar uma avaliação psicológica, embora tivesse sido interessante ter-se aplicado uma.

No Caso 1 descreveremos a história clínica, situação clínica atual, síntese do acompanhamento psicológico, descrição e apresentação dos resultados da avaliação psicológica, discussão clínica e reflexão pessoal.

No Caso 2 descreveremos a história clínica, situação clínica atual, síntese do acompanhamento psicológico, discussão clínica e reflexão pessoal.



### 2.3.1 - Caso 1 - “Uma depressão sem escolhas”

APM, 56 anos, foi encaminhada para a consulta de psicologia pelo Médico Psiquiatra do HSM. O pedido foi realizado pela própria, em contexto de consulta ao médico psiquiatra, queixando-se de mal-estar geral e incapacidade significativa para realizar as suas atividades diárias. Veio referenciada pelo médico psiquiatra, como tendo um quadro compatível com episódios depressivos recorrentes e com a componente ansiosa elevada.

### 2.3.2 - História Clínica

Natural de Lisboa, proveniente de uma família trabalhadora, mas com dificuldades financeiras, nasceu em casa, no ano de 1956, num parto de termo e eutócico (normal). A mãe de 37 anos (segundo o que a APM soube através da família) era uma mulher muito frágil e muito doente (não sabemos que tipo de doença) e foi aconselhada a não levar esta última gravidez até ao fim. Após dar à luz, veio a falecer 17 dias depois. APM é a 4ª filha de uma fratria de 4.

Com a morte da mãe, a família desfez-se e as crianças foram distribuídas pelos restantes familiares.

APM referiu que: *“o meu pai não me dizia muito, até porque a nossa educação estava a cargo das tias, amantes e madrastra, sem ele ter qualquer tipo de interferência como pai”* (sic), por isso parece que a relação era distante.

Relativamente à relação com as irmãs, a APM descreveu-a como sendo distante. Foram separadas em pequeninas, apesar de viverem todos na mesma localidade. A APM mencionou que achava que tinha crescido com a terceira irmã da fratria, por serem as mais novas. Relacionavam-se não como irmãs, mas como se fossem apenas conhecidas: *“hoje quase não nos falamos”*. O relacionamento mais complicado foi com a segunda irmã da fratria. Esta sim, a APM referiu que *“não tinha qualidade nenhuma...”* (sic). Durante um período de tempo, as irmãs chegaram a viver juntas, *“quando eu tinha 12 anos ela [segunda irmã da fratria] convenceu o meu pai a meter-me num colégio interno... não me queria lá em casa”* (sic). Quanto à relação com a irmã mais velha: *“era a que eu mais gostava! Ajudava-me com os trabalhos de casa, e protegia-me quando ficava triste.”* (sic). Esta relação foi a única ligação de vinculação positiva que a APM teve com um membro da sua família.

APM entrou na escola básica com seis anos de idade, o seu percurso escolar decorreu normalmente, sem incidentes e com sucesso. Referiu a relação bastante empática que teve com a professora primária, de quem gostava muito: *“era o meu modelo”* (sic). A família com quem residiu, não lhe prestou o acompanhamento esperado e necessário, relativamente aos

seus estudos: *“eram um pouco negligentes com a minha escola e com os meus trabalhos de casa, não se importavam muito. Quando podia, era a minha irmã mais velha que me ajudava.”* (sic). A escola preparatória decorreu dentro da normalidade, mas a APM sentiu-se sempre mais isolada que os demais. Quando tinha dez anos, o pai foi viver com uma amante e levou as filhas com ele: *“Ela era má, não gostava de mim.”* (sic). Aos doze anos a APM foi para um colégio interno: *“foram os melhores anos da minha vida!”* (sic). A irmã mais velha não concordou com a atitude do pai e quando teve hipótese foi buscá-la ao colégio, passando assim a residir com a APM (na altura com 15 anos) e a 2ª irmã da fratria.

Não conseguindo terminar o 12.º ano referiu ter sentido muita pena, por não ter podido dar continuidade aos estudos: *“No dia que fiz 18 anos, essa minha irmã [2.ª da fratria] disse-me que agora tinha de arranjar emprego e ajudar nas despesas, que se tinha acabado o sustento.”* (sic). *“Era boa aluna e gostava muito de estudar... ainda hoje tenho pena, mas na altura não podia fazer nada senão obedecer.”* (sic).

Apesar das situações difíceis na sua vida, APM contou-nos que sempre superou tudo sozinha, ou com a ajuda da irmã mais velha: *“O mundo não é dos fracos!”* (sic).

Aos 18 anos começou a trabalhar num escritório e quando conseguiu a sua independência financeira, saiu de casa da família e foi viver sozinha.

Aos 26 anos recebeu a notícia que pensou que iria ser o fim da sua vida e, nessa altura, referiu: *“fui abaixo...”* (sic), tinha descoberto que tinha um cancro maligno nos rins: *“Quando soube... desmoronou-se tudo à minha volta, pensei logo que ia morrer.”* *“Nessa altura tinha um grande amigo, já nos conhecíamos há seis meses”, “ele foi o meu apoio. nunca me abandonou, esteve comigo aquando da cirurgia e na minha recuperação.”* *“Ele ajudava-me muito.”* (sic).

Só depois de estar quase recuperada é que informou as irmãs da sua doença: *“como estava perto do meu aniversário resolveram fazer-me uma festa de anos, achei aquilo uma hipocrisia, nunca tive uma festa de aniversário e agora que estava doente parecia mais uma festa de despedida... fiquei triste, e ao mesmo tempo contente, pois nunca tinha tido uma.”* (sic).

APM manteve sempre o mesmo emprego, ao longo dos anos e, após saber desta doença, referiu ter ponderado sobre o seu futuro, o que, na altura, a levou a tomar algumas decisões: *“Gostava muito de estar no escritório, mas não sabia o que me ia acontecer e eles não podiam ficar sem empregada, por isso resolvi sair!”* (sic). O carcinoma foi totalmente removido, não tendo havido necessidade da prescrição de quimioterapia. Aos poucos APM foi voltando à sua vida habitual.

Com 30 anos foi trabalhar para uma empresa que fornecia medicamentos às farmácias. Foi também nesta altura da sua vida que se separou do companheiro que esteve com ela durante os processos de doença e recuperação: “ *Sempre gostei de estar sozinha. Ele foi o meu apoio, mas eu não queria relacionamentos... ele acabou por ir ficando porque me ajudava muito, depois teve de ir embora.*” (sic).

Aos 31 anos APM descobriu estar grávida do primeiro filho. O companheiro voltou para casa, para ficar junto da companheira e do filho. Aos 33 anos APM voltou a engravidar.

Aos 37 anos APM separou-se definitivamente do companheiro, “*não é que não gostasse dele, eu gostava, e gosto mas não consigo viver com outra pessoa, fico nervosa e ansiosa, pois quero fazer as coisas à minha maneira e com outra pessoa não consigo*”, ficando a seu cargo dois filhos menores, (um com quatro e outro com seis anos). Neste ano, numa consulta de rotina, os médicos desconfiaram que o carcinoma tivesse recidivado e alastrado para os pulmões: “*só chorava... quase 10 anos depois e agora é que vou morrer*” (sic). Após vários exames foi detetada uma tuberculose. A APM foi medicada com antidepressivos e com medicação para a tuberculose. Referiu ter apresentado melhoras.

Em Janeiro de 2011 com 55 anos, a APM sofreu um acidente quando viajava na carrinha do trabalho: “*(chora) há muito tempo que não me sentia assim...*” (sic), contou que: “*Íamos na carrinha umas seis pessoas, eu e outra colega vínhamos atrás. Ela vinha deitada no banco, por isso, não sofreu muito com o embate, Eu que vinha sentada direita, e como sou alta, e não tinha o encosto do pescoço, levei duas chicotadas, pois batemos com a frente e depois bateram-nos por trás.*” (sic). Na sequência deste acidente a APM sofreu uma lesão na cervical, referiu que: “*foi uma catadupa de acontecimentos maus*” (sic). Ficou de baixa 6 meses, a fazer fisioterapia intensiva, tinha muitas dores e referiu que estava muito desgastada. “*...de quinze em quinze dias tinha que ir ao médico da empresa, para este me poder continuar a dar baixa e a fazer fisioterapia e isso fazia-me confusão, pois quase tinha que lhe pedir por favor!*” (sic). Em Junho de 2011 voltou ao trabalho, mas com alguma dificuldade. Fazia fisioterapia de manhã e ia trabalhar durante a tarde. “*Já só trabalhava meio tempo, e mesmo assim, não conseguia reagir*” (sic).

Durante o ano de 2011 a APM citou que houve muitos despedimentos na empresa, e que ela foi ficando: “*deveria ser uma boa funcionária, pois as minhas colegas todas foram despedidas e eu não.*” (sic). O seu profissionalismo era elogiado pelos colegas. Depois do acidente a APM referiu que foi ficando deprimida, apesar de não ter procurado ajuda, nem ter feito medicação. “*Não aguentava mais estar lá, devido às sequelas do acidente.*” (sic). Acabou por pedir a demissão. “*Fui das últimas a sair, aliás, eu era a única do meu tempo,*

*todas as outras colegas já tinham sido despedidas, mas como eu trabalhava fins-de-semana e feriados e nunca me recusei, acho que foi por isso que fui ficando... mas com a fisioterapia e como só podia trabalhar a meio tempo, resolvi sair.*” (sic). Acabou por sair em Novembro de 2011.

Em Janeiro de 2012 a irmã mais velha, com 67 anos, suicidou-se, mas o corpo só foi encontrado passado 6 meses: *“Foi um choque muito grande...”* (sic). Apesar de ser a irmã com quem se dava melhor, não falavam com muita frequência e, além disso, esta irmã mais velha viajava muito e nunca deu satisfações a ninguém. *“Eu estranhei ela não retornar os meus telefonemas, mas achei que estava fora, numa das viagens que costumava fazer”* (sic).

Em Junho de 2012, percebendo que a irmã já não lhe telefonava há demasiado tempo, pediu ajuda a outra irmã. *“Ela deparou-se com a nossa irmã morta... no chão... e ninguém deu conta, nem do cheiro, isso é que eu não entendo!”* (sic).

Atualmente APM reside com os seus dois filhos. JH, de 21 anos, o filho mais velho da fratria de dois irmãos, sofre de uma doença na pele e de “possíveis traços de esquizofrenia”. Agora que a APM está desempregada e que passa mais tempo em casa é que se apercebeu desta dinâmica de vida do filho mais velho<sup>6</sup>. *“Eu sou a culpada...Se não trabalhasse até tão tarde, e não passasse o dia quase todo fora, eu tinha-me apercebido e não teria deixado chegar isto ao ponto a que isto chegou”* (sic).

M, a filha mais nova, tem 20 anos e é estudante de gestão na faculdade em Lisboa. APM, não falou muito da filha, mas referiu que: *“A minha M não me dá problemas nenhuns, estuda, é boa aluna e para ela as coisas estão sempre bem”* (sic). A APM não mencionou algo a respeito da sua filha que indicasse algum tipo de alteração comportamental ou perturbação psicológica, face ao confronto com algum tipo de problema ou pressão. Referiu, até, que a filha consegue ultrapassar as coisas sem se aborrecer demasiado.

Referiu também que a relação entre os irmãos não é próxima, mal se falam ou se encontram.

A relação entre o pai e os filhos foi-nos relatada como sendo de proximidade, apesar da distância física. A APM também mantém uma relação correta e estável com o ex-companheiro, mantendo diálogo frequente no que diz respeito aos filhos.

Referiu estar arrependida de não ter alimentado as amizades que poderia ter tido durante quase vinte anos, na última empresa em que trabalhou. *“Por vezes saía para ir beber um*

---

<sup>6</sup> Nota: entretanto, o filho de APM teve um internamento compulsivo na nossa unidade na sequência de um surto psicótico, em relação ao qual a psiquiatra diagnosticou uma esquizofrenia.

*copo, mas nada mais.” (sic), “Sou muito independente, não tenho amigos íntimos, não tenho tempo para isso... ou não tinha, pois agora sinto falta.” (sic).*

Em Novembro de 2012 APM vai à consulta de psiquiatria no HSM e é encaminhada para o acompanhamento psicológico.

### **2.3.3 - Situação Clínica Atual**

No início a APM revela-se bastante debilitada a nível emocional. Relatava ter pensamentos ruminativos, e de não ser capaz de tomar decisões básicas, do seu quotidiano, como, simplesmente decidir o que vai fazer para uma refeição. Referiu ter perdido o apetite e estar frequentemente com dores de cabeça o que a faz querer estar sempre deitada, no escuro e sem ver nem ouvir ninguém.

Diz também, sentir-se ansiosa pela manhã na hora de se levantar, o que a faz permanecer até muito tarde na cama.

Relatou inclusive que durante mais de 20 anos, foi ela que tomou todas as decisões da casa, da família e pessoais. Agora isso tornou-se num fator de stress e ansiedade. Demonstrou ainda não conseguir concretizar as decisões já tomadas por si. *“sei qual é o sofá que quero, tenho o dinheiro para o comprar, chego lá e não compro, não consigo” (sic).*

### **2.3.4 - Síntese do Acompanhamento Psicológico**

Nesta secção, iremos sintetizar de forma explícita as 13 sessões de acompanhamento psicológico realizados com a APM, que ocorrerem de Janeiro a Julho de 2013.

1.<sup>a</sup> Sessão - A APM tem 56 anos, vive com dois filhos e reside em Lisboa. A sua aparência geral não era concordante com a idade, aparentava ser mais velha, e tinha uma apresentação pouco cuidada mas asseada. Demonstrou alguma inquietação acompanhada de agitação motora, contudo inicialmente pareceu ter alguma dificuldade em manter o contato visual.

De uma maneira geral, durante todas as sessões o seu comportamento manteve-se congruente com o conteúdo do seu discurso, evidenciando uma marcada expressão emocional e uma elevada ansiedade, quando falava sobre certas preocupações. Porém a APM descreveu a sua história, de forma coerente e organizada. Apresentava-se bem orientada e colaborante, com discurso lógico.

2.<sup>a</sup> - Depois de realizado o contrato terapêutico, fizemos uma recolha de dados para a realização da história clínica, e objetivámos o motivo do pedido de ajuda.

Pedido: A APM referiu que não conseguia fazer nada nem tomar decisões, mesmo as mais fáceis, como “*o que fazer para o jantar*” (sic), apesar de ter recursos para isso, estava a tornar-se um tormento. Também constatou que “*só com a medicação não conseguia voltar ao meu normal, a fazer o que precisava fazer*” (sic), e que precisava de um estímulo para se levantar de manhã. Como não tinha sono durante a noite, acordava tarde, ou passava períodos do dia a dormir.

3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> Sessão – Aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica.

5.<sup>o</sup> Sessão – Iniciamos esta sessão com a pergunta, de como tinha passado a noite. Referiu não ter dormido o suficiente pois só tinha adormecido às 5h da manhã. Inicialmente tentámos perceber se esta insónia era por o seu ciclo circadiano estar desequilibrado ou se era consequência do estado depressivo em que se encontrava. Elaborámos um plano de horas de sono, o qual fomos discutindo ao longo das sessões seguintes.

Depois refletimos acerca das coisas/atividades que anteriormente gostava de fazer, “*gostava de passear, de ver o sol*” (sic), sobre as tarefas que referia que se sentia bloqueada sem as conseguir realizar “*não consigo decidir nada, parece que o que quer que seja que eu decida não é o certo, e como fico com dúvidas não decido nada*” (sic), e sobre as causas que interferiam com a sua vida familiar e social “*não me apetece fazer almoço nem jantar e por isso algumas vezes a minha filha tem de fazer para ela e para nós (...) não quero sair de casa, já nem beber café com a vizinha eu vou. Fico na cama a fingir que nem ouço quando ela me bate à porta*” (sic). Numa escala de 0 a 10, em que 0 – muito mal e 10 – muito bem, Perguntámos onde é que ela achava que se enquadrava. Respondeu 1.

Começámos, então, por tentar perceber, onde estava a dificuldade em realizar as tarefas que antes lhe davam prazer. qual a causa para já não as conseguir executar e o que sentia quando pensava nessas atividades. “*tenho saudades e não consigo perceber porque é que não tenho vontade de as fazer... afinal eu gostava muito de as fazer*” (sic). Elaborámos, em conjunto, uma lista com as atividades que antes fazia. Depois reduzimos para aquelas que, dentro da escolha anterior, lhe davam mais prazer. Por fim foi-lhe perguntado se tivesse de escolher apenas duas, quais é que escolheria colocando as duas que selecionou, no topo da lista. Como tarefa levou para casa, uma das atividades que tinha selecionado, para a tentar executar (andar a pé para apanhar sol).

6.<sup>a</sup> Sessão - Na sessão seguinte falou-se sobre o que tinha conseguido fazer e como se tinha sentido. Referiu que: “*fui passear, andar a pé, vi o sol, foi tão bom...*” (sic) no entanto mencionou que: “*se não me tivesse mandado esta tarefa para casa, não teria feito... não me apetecia sair de casa, mas como vinha cá e não lhe queria dizer que não tinha feito, fui fazer*”



(sic). Percebemos que apesar da resistência em não sair, conseguiu cumprir a tarefa e relatou como ter sido bom. Reforcei-a positivamente e juntas refletimos acerca do que tinha sentido por ter ido andar, o que tinha visto, o que tinha cheirado... Avaliámos a sua situação numa escala de 10 pontos, nesse momento. Respondeu seis. APM disse que realmente tem andado a perder o andamento da vida e que iria tentar colocar como objetivo, ir andar a pé, pelo menos uma vez por semana. Novamente foi-lhe feita a pergunta relativamente à escala, onde achava que se enquadrava a satisfação com a sua vida durante as duas semanas. Respondeu três.

7.<sup>a</sup> Sessão - APM chegou atrasada, mas não teceu qualquer comentário sobre o assunto. Iniciou o diálogo: *“esta semana quando fui andar encontrei um casal amigo, que trazia um amigo de Viseu, simpatizei logo com ele, trocámos telefones, e não é que ele agora manda-me mensagem de bom dia e boa noite?”* (sic) *“até ando mais bem disposta, acordo com a mensagem dele”* (sic). A APM estava realmente mais bem disposta, mas a linguagem corporal mostrava que algo a estava a incomodar. Explorou-se essa inquietação, tendo acabado por referir: *“estou aqui preocupada com uma coisa, não consigo decidir nada na minha vida.”* (sic). Relembrei que a decisão de sair de casa para andar e de ter colocado isso como objetivo na sua vida, tinha sido uma decisão dela. Logo ela, conseguia tomar decisões. Respondeu que: *“isso foi porque me disse para eu fazer e eu senti que tinha de fazer, percebe? É como se estivesse comigo, eu tenho de fazer porque me disse para fazer.”* (sic). No entanto fizemos a observação que no momento da decisão de ir andar não estávamos presentes, nem a obrigámos a fazer a tarefa, a decisão tinha sido totalmente da APM.

A dificuldade em executar, decidir ou tomar iniciativa era o motivo do pedido de ajuda. Tentámos perceber até que ponto as decisões para a APM eram tão complicadas de tomar, e de que maneira isso interferia na sua vida. Elaborámos uma nova lista com as tarefas que sabia que tinha de decidido fazer e que não conseguia executar. APM organizou as decisões por prioridades. Confidenciou-nos: *“eu com o dinheiro da indemnização do trabalho tenho algumas coisas que gostava e precisava de fazer, ando há mais de um ano para as fazer. Qualquer dia já gastei o dinheiro todo e não fiz nada”*. Primeiro: Comprar o sofá *“preciso mesmo do sofá, eu durmo na sala, e quando os meus filhos querem ver televisão sentam-se na minha cama ou no chão, preciso mesmo de um sofá, tenho o dinheiro, sei qual quero, vou à loja e não consigo comprar... começo a pensar, será que estou a tomar a decisão certa... se tivesse alguém para ir comigo era bem mais fácil”* (sic). Verificou-se um aumento da ansiedade, pelo que se parou por momentos e pediu-se para APM fechar os olhos, relaxar e respirar fundo.

Falámos que era bom ter alguém que nos ajudasse nessa decisão, falámos também sobre o que a APM achava que a pessoa que fosse com ela faria para mudar ou não a sua decisão. Descobriu que a pessoa que a acompanhasse seria só para estar ao seu lado, pois a decisão era sua e, afinal, até já estava tomada, só precisava de a concretizar. Referiu ter percebido que afinal era na conclusão da decisão que precisava de ajuda. O segundo item da lista era comprar um carro: “*ando a pé e de transportes porque não consigo arranjar ninguém que vá comigo comprar um carro*” (sic). O terceiro item tinha a ver com a possível mudança de casa: “*aquela casa só me traz más recordações, além disso quero que o meu filho apanhe ar, uma casa com um quintalinho.*” (sic).

Na lista das decisões que precisava de tomar escrevemos alguns objetivos que eram precisos alcançar para conseguir tomar a decisão que tinha sido colocada como prioridade. Voltou-se a falar na importância da outra lista que enumerava as coisas boas que gostava de fazer, como andar a pé e apanhar um bocadinho de sol.

8.<sup>a</sup> Sessão - APM levou o papel onde tinha escrito as decisões e os objetivos. Desdobrou-o. Reparámos que estava bastante usado. Notava-se que tinha sido aberto e fechado várias vezes, o que nos fez pensar e perceber, que o que tínhamos falado na sessão anterior tinha feito a APM refletir.

Abriu o papel: “*consegui cumprir alguns objetivos desta lista, mas ainda me falta o mais difícil...*” - sorriu (sic). Pedi-lhe para dizer então quais os que tinha cumprido. Referiu “*consegui ir à piscina no Domingo passado, e durante a primeira semana fui andar, quase todos os dias! Consegui tomar a medicação da manhã e fazer tudo direitinho.*” (sic). Reforcei-a positivamente e perguntei como se tinha sentido “*senti-me bem, queria sentir-me sempre assim. Mas esta semana é que não foi assim lá muito bem, já houve dias em que não consegui acordar para tomar a medicação*”(…) Verificou-se aqui a importância das sessões semanais, percebeu-se que a APM estava muito bem na primeira semana, mas depois, na segunda semana, já não conseguiu reagir. “*Hoje já cheguei aqui atrasada, pois só me levantei no último momento em que sabia que já não podia estar mais na cama (pausa). Na primeira semana tudo correu melhor... agora...*” (sic) (baixa os olhos e faz nova pausa). Voltei a reforçá-la positivamente e disse-lhe que percebia que tinha vontade de mudar, e que isso era muito bom. Não era fácil nem iria conseguir fazer tudo em duas ou três semanas, mas que era o início, o primeiro passo para conseguir atingir os objetivos que se tinha proposto alcançar. Olhou para mim sorriu e disse: “*sabe, aquele amigo que lhe falei, convidou-me para ir a Viseu, eu fiquei contente, mas não sei se quero ir... falamos todas as noites, às vezes mais do que 2h, temos a mesma maneira de pensar, gostamos de coisas idênticas, está a ser*



*interessante... mas agora ir lá... não sei*” (sic) Referi que achava que esse era um excelente trabalho para casa, pensar se devia ir ou não. Sugeri que ponderasse os prós e contras de ir e de não ir. Voltámos a perguntar como se sentia. Numa escala de 0 a 10, onde achava que se enquadrava. Respondeu que: *“na semana passada aí um sete, mas esta semana um quatro”*.

9.<sup>a</sup> Sessão – Faltou.

10.<sup>a</sup> Sessão - A APM chegou com o cabelo pintado e arranjado. *“Decidi... este fim de semana vou a Viseu! Ainda não sei se durmo lá, mas vou... consegui decidir... ele pediu tanto!”* (sic). Relatou que já tinha conseguido comprar o sofá, que a sala dela agora estava composta. Já não parecia um quarto só com a cama onde ela dormia, mas que com o sofá já os *“miúdos”* se podiam sentar. No fim da sessão ainda disse: *“naquela coisa dos números... esta semana um 8”*.

11.<sup>a</sup> Sessão - Quando voltou na sessão seguinte descreveu o fim-de-semana, disse que tinha sido diferente de tudo o que ela imaginava. *“fomos passear, ele levou-me a ver a cidade e coisas bonitas... há muito tempo que não me sentia assim tão bem!”* (sic). Fiquei satisfeita com os progressos da APM e verbalizei-lhe essa satisfação. Fizemos uma reflexão a respeito do que lhe tinha acontecido de positivo. No seguimento desta reflexão acrescentou: *“acabei por passar lá a noite, ficamos a falar até altas horas... depois ele deu-me o quarto dele e ele ficou na sala... foi interessante.”* (sic). Refletimos sobre qual tinha sido o seu sentimento sobre esse fim de semana *“há muito tempo que não me sentia ouvida e apreciada por um homem... foi muito bom”* (sic). Qualificou o fim de semana em 9.5, na nossa escala. Depois mudou de assunto e mencionou o filho e o que a estava a preocupar.

12.<sup>a</sup> Sessão - A APM trouxe para a sessão algo que a estava a incomodar muito. Referiu que o filho lhe trazia muita preocupação, que *“andou mais ou menos, não sei identificar com palavras como ele está!”* (sic). Partilhou um episódio bizarro, relativo ao filho, que tinha acontecido durante a semana: *“aquele filho, dorme de dia e fica acordado durante a noite... e depois eu também me custa a adormecer. Com aquelas feridas pelo corpo chega a mudar de pijama 2 vezes por noite e às vezes até a cama tenho de mudar, devido aquela aguadilha que ele deita das feridas... fica tudo amarelo.”* (sic).

Esta mãe demonstra grande preocupação com o filho mais velho. Nota-se que ela quer ajudá-lo, mas que não sabe como. *“Quando vim para casa e passei mais tempo com ele é que eu me apercebi... não conheço este filho...”* (sic). O JH não come a comida que a mãe faz, porque acha que a mãe lhe adiciona medicação, para lhe controlar os horários de sono e o humor. *“O JH por vezes é muito agressivo, já me chegou a dar pontapés”*, *“Anda uma mãe a criar dois filhos, dois empregos para os sustentar enquanto eles eram pequeninos...”* (...)

*“quando um estava doente, às vezes deixava o outro a tomar conta e ia a correr à farmácia comprar o medicamento que precisava!” (...) “foram tempos muito complicados que passei para os criar” (...) “agora que estou desempregada e que passo mais tempo como JH é que percebo o quanto este miúdo está doente” (sic).*

13.<sup>a</sup> Sessão - JH foi internado e as sessões com a APM ficaram mais espaçadas, devido às desmarcações feitas pela APM. *“Não tenho tempo...”* observou-se que a AMP conseguiu alcançar mais alguns dos objetivos a que se tinha proposto. *“Consegui comprar o carro, o meu amigo de Viseu tinha um amigo que queria vender o carro dele por um preço baratinho, então fomos lá os dois e eu comprei o carro” (sic).* Felicitei-a por ter conseguido realizar mais um dos objetivos, depois ainda disse, *“fui ver uma casa... era pequenina mas tinha 3 quartos, eu já não precisava de ficar a dormir na sala, mas isso é que ainda não consegui decidir” (sic).* Referiu que se sentia estar num 8 a nível emocional.

O papel dos objetivos e conquistas manteve-se com a APM até à última sessão em que esteve presente. Esse papel foi sempre mostrado nas sessões, foi revisto, e foram marcadas as conquistas alcançadas.

O JH foi internado compulsivamente, devido a comportamento violento e por ter colocado a mãe em risco de vida. Com o internamento do filho a APM canalizou a sua atenção para esta situação. Como se começou a levantar cedo para ir ao hospital ver o filho, fazia a medicação a horas e como o médico tinha prescrito, o que também a ajudou na estabilização do estado de humor. Nas sessões seguintes (e últimas) esse era o tema que mais a incomodava. Sentimento de culpa por não ter percebido antes o problema do filho, por não saber como lidar com ele e com aquela doença, não saber como agir quando ele tiver alta. Mostrou desejo em modificar o quarto do filho para que este quando voltasse para casa, tivesse as coisas diferentes: *“ele precisa de vida nova” (sic).*

Acabou por faltar às últimas sessões previstas (que a supervisora da instituição tinha destinado) que seriam de avaliação, resumo e verificação em conjunto dos resultados que a APM tinha conseguido atingir. Este caso foi supervisionado quinzenalmente pela supervisora de estágio da instituição, que nos foi orientando na aplicação das técnicas da abordagem cognitiva-comportamental.

### **2.3.5 - Avaliação Psicológica - Caso 1**

Depois de feita a recolha da história clínica, passamos à avaliação psicológica do nosso caso. Face aos testes existentes na unidade de estágio foi sugerida a aplicação de dois instrumentos de avaliação psicológica.

Foi aplicado o SCL-90 (teste clínico de auto avaliação de sintomas de desajustamento emocional) e o Mini –Mult (questionário de personalidade). A finalidade era obtermos medidas mais objetivas sobre o funcionamento psicológico, tais como: qual o grau de gravidade da depressão, se os sintomas apresentados de dor eram do foro biológico ou somático, ou se tinha outros traços de personalidade acentuados que pudessem estar a mascarar a depressão. Em seguida, iríamos proceder à análise destes resultados para podermos compreender melhor o caso clínico e respondermos ao mesmo em conformidade.

Apesar de a paciente vir com o diagnóstico de depressão, quisemos confirmar as hipóteses de diagnóstico aplicando as escalas acima propostas. Estas avaliações realizaram-se na 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> sessão. Como são escalas de auto-resposta, foram aplicadas no gabinete de psicologia.

Na avaliação Psicológica do SCL-90, verificou-se que existiam valores elevados (estatisticamente significativos) para 3 das 9 dimensões primárias nas escalas clínicas, Obsessão/Compulsão, Depressão e Somatização.

Os resultados da avaliação (valores das escalas) serão apresentados por ordem decrescente sendo analisadas com relação à observação do caso.

**Obsessão/Compulsão** que, segundo o manual, nos indica que a probabilidade de ter pensamentos persistentes está aumentada. Esta descrição é observável no discurso de MPL que relata: “*não consigo (...) tomar decisões, nem para o que fazer para as refeições, não consigo e não quero fazer nada*” (sic), refere também que esta variável é um bom indicador da rigidez do pensamento “*ele que faça o almoço (...), não me quero levantar da cama, deixem-me em paz (...) eu não consigo viver com ninguém*” (sic).

E para a variável **Depressão**, o manual refere que: esta escala inclui itens que procuram identificar sintomas de afeto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição de energia, sendo, igualmente, contempladas a perda de objectivos e ideação autodestrutiva. A MPL relata que: “*às vezes finjo que ainda estou a dormir para não ter de falar com ninguém*”, “*não quero sair, nada me interessa, nem acendo a televisão, só quero ficar em casa, na cama*”, “*precisava tanto de comprar um carro... mas não consigo, não tenho forças para ir e decidir*”, “*eu já não sou capaz, já não sou o que era, não consigo, já não presto para nada*” (sic).

Para a variável **Somatização** o manual diz-nos que reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático e outros equivalentes somáticos da ansiedade. “*Parece que estou sempre mal disposta, não quero comer, tenho um nó no estômago, a comida não passa*” (sic), “*quando me levanto doí-me a cabeça, a vontade é de me voltar a deitar*” (sic).

Em resumo, este instrumento mede os sintomas psicopatológicos e descreve o estado mental (Teste em Anexo H).

Na segunda prova aplicada o Mini-Mult, verificaram-se valores mais elevados para os sintomas de Depressão e Esquizofrenia.

As escalas serão apresentadas por ordem decrescente.

Escala de **Esquizofrenia (SC)**, Escala de sintoma: apesar de nesta escala a APM ter apresentado um valor elevado (T=96), deverá ser interpretado com muita prudência, pois sujeitos não esquizofrénicos, podem obter um *score* alto, tal como sujeitos muito introvertidos, ou neuróticos muito graves, isto porque qualquer um destes grupos apresenta dificuldade de adaptação, o que faz com que alguns itens se tornem significativos, fazendo subir o valor T. Nestes casos, os sujeitos são geralmente descritos como confusos, retraídos, impulsivos e individualistas. *“vou à loja e não compro o que preciso, sei o que quero, mas depois não consigo comprar”, “Já não o queria [companheiro] mais lá em casa, ele ajudou-me quando precisei e que estava doente, agora chega”, “sempre vivi sozinha, não consegui adaptar-me a viver com ele, acabou por ir mesmo embora.”* (sic).

A escala de **Depressão (D)**, Escala de sintoma: a elevação desta escala não se relaciona só com a depressão, mas indica que as defesas contra a ansiedade não são suficientes. Uma pontuação T=80 ou superior (APM, T=84), sugere um quadro de depressão clínica (o que está em consonância com os critérios da avaliação anterior e com a nossa observação).

Indivíduos com esta pontuação são descritos como preocupados, apáticos e pessimistas. *“Fico na cama a fingir que estou a dormir e eles fazem o comer para eles”, “às vezes apetece-me deixar tudo e ir embora... antes até gostava de ir andar a pé, ir à piscina, agora nem isso ... não me apetece”* (sic).

Diz-nos a literatura em relação a esta escala que num *score* elevado para a depressão, o sujeito deve preencher os critérios de diagnóstico para uma perturbação depressiva (Apóstolo, 2012), o que nesta situação se confirma como iremos verificar na discussão clínica com a análise dos critérios de diagnóstico para a depressão segundo o DSM-5.

Em resumo, a literatura (Apóstolo, 2012; Gouveia & Alves, 2002) indica que para melhor avaliar a motivação da APM para a mudança, é importante observar se existem pontuações, elevações, nas escalas 2 (depressão) e 7 (esquizofrenia), “que subentendem uma orientação introspectiva, associada com a consciência da problemática pessoal, que constituem uma indicação para o êxito de uma psicoterapia” (Gouveia & Alves, 2002).

Verificou-se, também, que o índice de ansiedade estava acima de 50 (o valor esperado para a população em geral) caracterizando um indivíduo ansioso.

O quociente de internalização (somatização) também estava acima do esperado (valor normal IR=1), caracterizando-se pelas queixas somáticas. Segundo Graham (1987) o Índice de *Goldberg* é uma fórmula matemática ( $IG = L + Pa + Sc - Hy - Pt$ ) que conforme os valores obtidos, pretende discriminar entre perfis neuróticos e psicóticos, o que nos poderia dar mais informação sobre como ajudar esta paciente. O *score* deste índice na APM teve um valor baixo ( $IG = 7$ ), pelo que se dá o nome de indeterminado (Teste em Anexo I).

Apesar de este teste avaliar padrões de personalidade, estas escalas são de sintomas, e não de traços de personalidade (Gouveia & Alves, 2002 p.32) o que indica que a APM terá sintomas de esquizofrenia e sintomas de depressão, não significando que a esquizofrenia e a depressão pertençam ao funcionamento do sujeito.

Em conclusão, verifica-se que os resultados estão em consonância com os resultados da prova anterior e com a história clínica recolhida, mantendo o padrão de funcionamento psicológico da APM, consubstanciado em: falta de motivação e objetivos, falta de energia, e consequentemente um aumento da ansiedade, com dificuldade na adaptação ao meio, dúvidas e incertezas em relação a decisões simples do quotidiano, aumentando a tendência para se isolar.

### 2.3.6 - Discussão Clínica do Caso I

Inseridas na unidade de gerontopsicologia do HSM, acompanhámos a APM que foi enviada para a equipa pelo médico psiquiatra.

Após exames médicos e exclusão de outras doenças orgânicas, foi enviada para a consulta de psiquiatria no HSM, onde lhe foi diagnosticado pelo médico da especialidade, uma depressão com a componente ansiosa. Foi encaminhada para a consulta de psicologia onde foi recolhida a história clínica e feita uma avaliação psicológica para confirmação do diagnóstico.

APM é uma paciente de 56 anos de idade, solteira, dois filhos, desempregada e que procurou ajuda médica por se sentir triste e sem forças para tomar decisões.

A discussão que se segue está focada no pedido de ajuda.

#### *Discussão dos sintomas à luz dos critérios de diagnóstico e avaliação psicológica*

Mediante o resultado das provas aplicadas, anteriormente apresentadas, e à luz do DSM-5 avaliamos os sintomas apresentados e sugerimos que APM preenche os critérios de diagnóstico para **296.21 Episódio Depressivo Major (F32.0), com grau de gravidade leve** sendo eles:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante um período de 2 semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas terá de ser (1) humor deprimido ou (2) a perda de interesse ou prazer.

APM preenche os critérios para humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer, insónia ou hipersónia, lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa, diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar. *“não me apetece fazer nada... aquela casa está degradada (...) ninguém me vai dar emprego com esta idade e com este aspeto (...) vou fazer o quê? Não me apetece fazer nada, não quero, não preciso”. “Não quero sair para lado nenhum... venho aqui porque me obrigo, às vezes as ex-colegas chamam-me para sair e eu não quero, quero ficar em casa na cama, estando a dormir ou não, parece que tenho sempre sono, outras vezes estou a noite toda a cordada (...) nem a televisão eu acendo... não quero ver nada (...) só quero que me deixem em paz, não falem para mim, não me digam nada (...) deixem-me, desapareçam...”* (sic).

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais, ou outras áreas importantes de funcionamento. *“Não quero comer nem me apetece fazer comer, e fico angustiada porque nem para o meu filho quero fazer comer, não me apetece ir procurar emprego, já sei que ninguém me dá trabalho pois pareço um trambolho assim vestida (...)”* (sic).

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica. *“O psiquiatra mandou-me fazer muitos exames, depois medicou-me para a depressão”* (sic).

Quanto aos instrumentos de avaliação aplicados, de acordo com o SCL-90 verificou-se: a rigidez de pensamento, falta de objetivos, perda de interesse, isolamento, falta de energia, pensamentos auto destrutivos e um aumento da ansiedade por perceção do funcionamento somático. Quanto ao Mini-Mult, os resultados demonstram que a APM revela comportamento impulsivo, individualismo, preocupação, pessimismo, e mais uma vez a ansiedade aumentada devido à somatização dos sintomas. O que parece estar em consonância com os critérios de diagnóstico do DSM-5 para Episódio Depressivo Major com grau de gravidade leve.

Durante a recolha da história clínica apercebemo-nos que a APM poderia correr o risco de suicídio, visto que já havia um caso na família. E segundo Almeida e Quintão (2012), a depressão nos adultos aumenta a ideação suicida, no entanto, durante todas as sessões, não nos apercebemos de quaisquer sinais (verbais ou não verbais) que nos pudessem dar indício de que a APM pensaria em tal situação. Durante todo o discurso, apesar de ter pensamentos pessimistas a APM mostrou vontade de viver. Ela referiu ter objetivos mas não tinha o



impulso para os concretizar “*Antes gostava (...), não é que não goste agora, mas não me apetece*” (sic). Embora tenhamos registado que a APM disse uma vez, “*as vezes apetecia-me deixar tudo e ir embora*” (sic), foi um comentário pontual

Percebemos também que APM não tomava a medicação tal como prescrita, referindo que saltava a medicação da manhã, ora, um dos outros riscos associados à depressão é não tomar a medicação nas horas prescritas ou tal como indicada pelo médico psiquiatra o que não é benéfico pois promove o risco de recaída, segundo afirma o psiquiatra Teixeira (2013). Com a ida regular às sessões de psicologia APM era “obrigada” a levantar-se cedo para poder chegar a horas, e nesse dia já fazia a medicação correta. Mais tarde chegou a verbalizar que quando tomava a medicação tal como prescrita pelo médico se sentia francamente melhor ao longo do dia. Não é por acaso que a literatura, segundo Marques (2011), refere que se os antidepressivos forem associados à psicoterapia o efeito e consistência ao longo do tempo será mais significativo. Como se apercebeu desta diferença desenvolveu então uma estratégia para poder tomar a medicação da manhã com mais frequência, referiu que agora tinha optado por ter a medicação na mesinha de cabeceira, assim quando acordava tomava, e se lhe apetecesse voltar a dormir voltava.

#### *Técnicas da TCC utilizadas*

Depois de devidamente identificados os sintomas associados a esta depressão, (referidos anteriormente), trabalhámos com a aplicação de algumas técnicas, com o objetivo de diminuir a sintomatologia e de modificar os pensamentos automáticos, ao mesmo tempo que fomos escutando ativamente o sofrimento de APM e acompanhando os seus processos psicológicos emocionais.

Durante a recolha da história clínica APM referiu que demorava muito a adormecer, que acordava muitas vezes de noite, e que não voltava a dormir, e que quando adormecia novamente não se conseguia levantar de manhã para fazer as tarefas diárias – sintoma Insónia.

Foi então proposto fazer-se uma psico-educação sobre a higiene do sono (Irish et al., 2015) em conjunto com a técnica “Administração do tempo” (Delose, VanDellen & Hole 2015). Esta técnica tem como objetivo ajudar a paciente a gerir o seu tempo de forma a reduzir a ansiedade e promover o controlo do dia a dia. Pediu-se então para APM construir o horário com as horas a que se deitava, e quantas vezes acordava e a que horas, e as horas a que se levantava. Restruturou-se em conjunto este horário e com o avançar das sessões APM foi regularizando o sono, chegando a referir que se sentia mais calma, pois até parecia que dormia melhor e que não acordava tantas vezes.

Durante as sessões apercebemo-nos que cada vez que a APM falava sobre a mãe ou sobre as irmãs, mudava o tom de voz, fazia mais pausas, respirava fundo mais vezes e por vezes hiperventilava – sintoma Ansiedade. Aprender a controlar a respiração e a respirar pelo abdómen foi uma técnica desenvolvida, e comprovada por Kiessling (2009) e utilizada sempre que algum assunto exposto na sessão provocava um aumento da ansiedade. A hiperventilação era um sinal de que a ansiedade estava a aumentar, nesse momento parávamos e sugeríamos os exercícios de controlo da respiração, e verificava-se a eficácia da técnica aplicada, pois a paciente ficava mais calma.

Durante as primeiras sessões a APM apresentava um discurso maioritariamente derrotista, e de insatisfação com a vida, sintoma – Humor deprimido.

Caraterístico desta patologia, este sintoma foi acompanhado sessão a sessão, através de uma tabela, onde se monitorizava o estado de humor e de satisfação com a vida. Esta tabela consiste numa escala numérica onde 0 indica nenhum prazer e 10 indica o máximo de prazer (Beck, Rush & Shaw, 1979; Beck, Greenberg & Beck, 1995; Wright, Beck & Thase, 2003), e assim conseguimos quantificar o estado de satisfação da APM e moldar a nossa sessão ou exercícios propostos consoante o resultado da auto avaliação desta escala.

A técnica de “Registo de pensamentos disfuncionais” foi utilizada para o sintoma – sentimento de desvalorização ou culpa. Com o objetivo de identificar os pensamentos disfuncionais e as emoções associadas, para depois ajudar a paciente a dar outro significado ao evento perturbador (Knapp, 2007). Com esta técnica pretendia-se que a APM pudesse ver a vida de outra perspetiva e assim também dar outro significado à satisfação com a vida, com forte probabilidade de mudar o seu estado de humor.

Também é característico da depressão, o individuo deixar de ter objectivos e metas a alcançar, consequentemente deixa de ter uma vida social, profissional e pessoal ativa, sintoma - Perda de interesse ou prazer, fadiga ou perda de energia.

Este é um sintoma que precisa de ser trabalhado com alguma urgência, pois o desinteresse pela vida e a falta de objetivos a alcançar pode trazer consequências perigosas. Aplicou-se a técnica da “Lista de atividades/objetivos”, à qual a APM aderiu muito bem. Esta técnica consiste em identificar os pensamentos automáticos negativos e substituí-los por pensamentos positivos. Incentivou-se a lembrança de atividades prazerosas e de outras recordações com carga positiva. Sabe-se que o pensamento pode dominar as atitudes “não consigo (...)”, “então não faço” (Dobson & Dozois, 2001), então procurámos salientar os pensamentos positivos, reforçando-os de modo a que a paciente modificasse o seu comportamento (Beck & Alford, 2011).



O sintoma – Diminuição dos pensamentos de incapacidade, faz parte desta patologia e também teria de ser trabalhado, para isso pediu-se a APM para seleccionar e escrever que atividades tinha feito antes de se sentir deprimida e que lhe davam gosto fazer e o que gostaria de voltar a fazer. APM escreveu uma lista, com objectivos a alcançar (Delose, VanDellen, & Hoyle, 2015). Verificou-se durante as sessões seguintes que a APM foi substituindo os pensamentos automáticos “não sou capaz (...)” para “tentei e até consegui, senti-me bem com isso” (Knapp, 2004). Definiu também como objetivo pessoal, conseguir realizar as tarefas da “Lista de Objectivos”.

Tendo em vista as técnicas aplicadas e os factos observados, no fim do acompanhamento, verificou-se que a APM amenizou os sintomas depressivos. Foi observável a modificação do seu comportamento ao longo das sessões, o que nos leva a concluir que as técnicas aplicadas foram benéficas e producentes para com este caso clínico. APM iniciou o acompanhamento por “não sou capaz” e ao longo das sessões pudemos ir observando “não me apetecia, mas fiz”, “foi difícil, mas tentei”, “tentei e até consegui”, “tentei, não consegui, vou tentar outra vez”. Este modelo também permite que o paciente tenha parte ativa no seu processo de cura e de restauração cognitiva e comportamental.

Longitudinalmente, não temos dados que nos permitam afirmar se a APM mantém os mesmos níveis de objetivos atingidos, no entanto sabemos através da literatura que a TCC quando aplicada em casos de depressão, demonstra, resultados promissores e eficácia duradoura (Beck, 2005).

#### *Outras hipóteses que deixámos em discussão para a causa provável desta depressão.*

No entanto queremos salientar que embora estes sintomas característicos da depressão fossem tratados com sucesso, sentimos que eram apenas a “ponta do iceberg”, querendo isto dizer que, as causas para a origem desta depressão seriam mais profundas. Descreveremos de seguida outras hipóteses que poderão estar na sua origem.

Hipótese 1 – Pudemos verificar que a APM preencheu os critérios de diagnóstico para uma depressão baseado no DSM 5. Seguidamente descreveremos a hipótese de esta depressão poder ser explicada à luz da teoria de esquema de Yhoug (2008). Esta teoria diz-nos que o nosso comportamento é influenciado pelo esquema mental, que construímos durante o nosso desenvolvimento. Este pode ser positivo ou negativo, adaptativo ou desadaptativo.

Acreditamos que os acontecimentos de vida relatados pela APM se enquadram no esquema de abandono (esquema negativo/desadaptativo), que engloba indivíduos que foram abandonados, negligenciados ou rejeitados durante a sua infância e/ou adolescência.

A mãe da APM morreu 17 dias após o seu nascimento, o que acreditamos ter sido o primeiro acontecimento em que a paciente experienciou a perda. Com 17 dias é capaz de não ter sentido o abandono, mas experienciou a perda ao longo do seu desenvolvimento, não tendo tido a possibilidade de substituir esta figura maternal por outra ou outras figuras de vinculação seguras e de qualidade.

Inclusive defendemos que a APM pode ter desenvolvido um sentimento de culpa irreal, pelo facto de ter sobrevivido e de ter sido a causadora da morte da sua mãe. Recordando que a nossa paciente era a última da fratria de 4, outro acontecimento que se revelou traumático, (relatado pela APM) e que resultou na desestruturação familiar. Perante a incapacidade do pai não poder ficar com as 4 crianças, levou à rotura desta família, ficando as crianças ao encargo de outros. Anos mais tarde, o pai refez a sua vida conjugal, e com eles, voltou a juntar as suas 4 filhas. Foi após esta altura, que identificámos outro sentimento de abandono/rejeição, quando a madrastra, (com a qual não tinha uma relação saudável), incentivou a que a APM fosse para uma instituição.

Perante estas situações, não conseguimos quantificar que efeitos poderão ter ocorrido no desenvolvimento psicológico da APM, no entanto, verificámos no decorrer do seu discurso, que o seu tom de voz e intensidade mudava cada vez que se referia à sua infância ou a algum familiar.

A família é muito importante para a estabilidade emocional de um indivíduo. Olson (2000; 2011) refere que na dimensão coesão familiar, podem-se distinguir quatro tipos de famílias: famílias desmembradas, desligadas, enredadas e muito enredadas. Neste caso clínico qualificamos, a família de APM como uma família desmembrada, caracterizada pela ausência de laços afetivos e emocionais e pela pouca interação entre os elementos que constituem este sistema familiar. Apesar de residirem todos juntos, cada um vive independentemente. Esta dinâmica projetou-se no conceito que a paciente criou acerca da família, que se veio a verificar na forma como a APM descreveu os seus filhos e o seu companheiro. Durante o seu discurso, tornou-se explícita a separação emocional existente na relação com o filho mais velho e com o seu companheiro. A pouca interação entre eles, evidenciou que cada membro desta família era individualista e que tal como no passado, cada um vivia de modo independente.

A figura de vinculação é importante para o desenvolvimento seguro de uma criança, e tem o seu início durante a gestação Sá (2001; 2004). Com a morte da mãe da APM, ocorreu, desde cedo, a primeira perda da figura de vinculação. APM refere ter sobrevivido a esta tempestade familiar sozinha, pois relata nunca ter sido ajudada, nem acompanhada, à exceção da irmã mais velha. Consideramos que esta possa provavelmente ter sido a sua segunda figura de vinculação, contudo, a sua morte, foi talvez o *trigger* que a levou à queda emocional e a fez procurar ajuda.

Foi mediante este panorama que consideramos a hipótese de enquadrar esta depressão na teoria dos esquemas defendida por Young (2008). Padrões que duram uma vida, são identificados na entrevista clínica, de modo, a que os problemas apresentados pelo paciente possam ser integrados no contexto dos esquemas. Uma vez identificados, o psicólogo deve explorar com o paciente as características que mantêm esse esquema, que o evitam ou que o compensam.

Na fase adulta estes esquemas são ativados por eventos que inconscientemente se revelam semelhantes às experiências traumáticas de sua infância. Quando ocorre uma ativação de um desses esquemas, o indivíduo experimenta uma forte emoção negativa. Quando nos deparamos com um esquema desadaptativo ativo onde o indivíduo não sabe lidar com as emoções, pode ter as seguintes reações: a hipercompensação (luta), evitação (fuga) e/ou resignação (paralisação) (Young, 2008).

Durante a descrição da história clínica foi perceptível, os vários episódios que causaram à APM a sensação de abandono, a perda da mãe desde muito cedo, a incapacidade do pai de criar as filhas, as débeis relações com os restantes familiares, passando inclusive, pelo abandono do colégio interno (em que a APM revelou ter sido a melhor altura da sua vida). Assim como, a necessidade de afastamento das suas amizades, levou-a a criar estratégias de evitação e a afirmar-se como alguém independente que não consegue viver com ninguém. Segundo Young (2008) a evitação torna-se uma estratégia para enfrentar as emoções negativas habituais e é extremamente difícil de mudar. Cremos que identificamos esta estratégia em pelo menos dois momentos. O primeiro, quando afastou o seu companheiro com o medo que fosse ele a se afastar. APM já o tinha tentado fazer pelo menos 2 vezes sem sucesso, mas como ele afirmava gostar dela, provavelmente a APM não soube lidar com isso e afastou-o antes que este a pudesse abandonar. O segundo quando se despediu do seu emprego, com o medo que a despedissem. O que nos levou a refletir, se estas fugas estariam ou não associadas ao medo de abandono. O esquema que a APM manteve revelou-se estável e controlável, até ao momento da morte da sua irmã mais velha. Nesta altura este esquema foi

ativado pois foi sentido como, um abandono. A APM entrou em depressão, não associando à morte da irmã mas atribuindo a sua origem ao facto de não conseguir tomar decisões. Nesta altura como não consegue utilizar a estratégia da evitação, resigna-se aos factos, entrando num estado depressivo. Esta teoria necessitaria de ser confirmada, primeiramente com a aplicação de uma avaliação de quatro estágios sugerida por Salkovskis (2005). I) Identificação do esquema; II) Ativação do esquema; III) Conceituação do esquema e IV) Instrução do esquema. Depois de devidamente avaliado e identificado.

Hipótese 2 – Outra causa que poderia estar relacionada com a origem desta depressão é o Luto. Provavelmente seria difícil para a APM fazer o luto de uma pessoa que ela não tenha conhecido, apesar da figura de vinculação que esta representa (figura materna). No decorrer da história clínica, APM relata não ter referência da figura materna, ou seja, nunca existiu ninguém que ela identifica-se como mãe. A figura mais próxima, que em determinadas situações, pudesse ter exercido esse papel, talvez tenha sido a sua irmã mais velha. No entanto, a APM relata que essa relação não foi consistente ao longo do tempo.

Esta hipótese é colocada, pelo facto da APM, não ter provavelmente feito o luto da irmã, estando ainda presa na fase do entorpecimento (negação da perda como se estivesse desligada da realidade) a primeira fase descrita por Parker (1998).

O esquema de abandono poderá estar relacionado com esta primeira fase do luto. Pelo facto de ainda não ter conseguido aceitar a perda, o sentimento predominante é o de abandono.

Estas hipóteses mantiveram-se em aberto, uma vez que, no início das sessões focámo-nos no pedido manifestado pela sua incapacidade de tomar decisões, de modo a que conseguíssemos fazê-la regressar à sua vida funcional. Com o avançar do acompanhamento iríamos mais fundo, à origem da depressão, porém o fim do acompanhamento foi prematuro.

### **2.3.7 - Reflexão Pessoal do Caso I**

Optei por contemplar este caso no relatório pela oportunidade de acompanhar uma paciente com depressão, sendo um desafio lidar com todos os sintomas específicos que esta doença acarreta. Por outro lado a complexidade da patologia e da história de vida da paciente foi também um fator decisivo nesta escolha.

Quando a paciente chegou para a primeira sessão marcada pela nossa supervisora de estágio foi perceptível o elevado nível de ansiedade e o estado de tristeza em que se encontrava. Visivelmente desanimada e sem auto estima, vestia umas calças de fato de

treino gastas, uma blusa escura e um casaco de malha, calçava sapatos com um ligeiro salto que destoavam com as calças desportivas. O cabelo estava descuidado mas tentou arranjar assim que chegou à nossa presença.

O pedido de ajuda manifesto foi pelo facto de não conseguir tomar decisões, mesmo as mais fáceis e de se ter apercebido que só com medicação não conseguia voltar à sua “vida normal”.

Após a recolha da história clínica e mediante o seu pedido de ajuda refleti sobre alguns objetivos que gostaria de atingir com esta paciente:

- Diminuir a ansiedade e ajudar a APM a reorganizar a sua vida com a criação de objetivos e metas que gostasse de alcançar, auxiliando-a a reconhecer os comportamentos de mudança;
- Promover a psicoeducação para o cumprimento da medicação, e reconhecer os benefícios do cumprimento do mesmo.
- Numa fase posterior do acompanhamento, compreender os aspetos psicoemocionais subjacentes à depressão de APM, à luz da sua história de vida.

Em termos pessoais, defini os objetivos de:

- Ultrapassar o medo de não ser capaz de conseguir atingir os objetivos profissionais; e o medo de não conseguir aplicar as técnicas adequadamente;
- Conseguir controlar o tempo da sessão.

No decorrer dos acompanhamentos verificou-se uma notória oscilação do tom de voz e um aumento da ansiedade, cada vez que a APM falava do seu passado em relação à sua família de origem principalmente quando se referia à mãe que tinha morrido após o seu nascimento. No entanto a APM foi sendo capaz de verbalizar as suas dificuldades e ansiedades como também relatar acontecimentos de vida que a marcaram. Respeitando sempre o seu ritmo, em todas as sessões tive a capacidade de compreender os sentimentos descritos por APM, adotando uma postura de escuta ativa mas também de transmitir a minha compreensão perante o relato da sua história de vida. Desta forma, senti que APM comunicava livremente sem receio de ser julgada. Neste sentido considero que as nossas expectativas para o início do acompanhamento foram superadas, sendo que o terceiro objetivo do acompanhamento ficou comprometido pela sua interrupção prematura.

A experiência de podermos realizar o acompanhamento deste caso revelou-se bastante rico em termos de aprendizagens adquiridas, possibilitando conhecermos e tomarmos

consciência das nossas limitações, nomeadamente, a dificuldade em lidar e gerir a sessão nos momentos em que a paciente verbalizava episódios dolorosos.

Em relação ao contexto familiar APM provem de uma família desestruturada devido à morte da mãe após o seu nascimento. Dada à dimensão do agregado familiar e às dificuldades de subsistência o pai da APM vê-se obrigada a separar as filhas por diversos familiares, o que se veio a refletir no desenvolvimento emocional da APM. A falta de suporte familiar, a ausência de figuras de vinculação, a negligência e a carência afetiva culminam com o desenvolvimento do esquema de abandono e consequentemente a obsessão pelo controle total para evitar lidar com emoções que possam ativar lembranças com as quais a APM não sabe lidar. Da história recolhida, não há relato de episódios felizes, de reuniões familiares (Páscoa, Natal, Aniversários). Somente manteve uma relação saudável com a irmã mais velha. Refere-a como a “única ligação à família”, alguém que a ajudava com os trabalhos de casa, ou nos momentos em que se sentia triste. Não revelou, durante toda a entrevista, alguma ligação emocional forte, com nenhum elemento familiar. Deste modo a individualidade foi sendo aprimorada passando essa característica a tomar conta da vida da APM. Esta situação de vida provocou um afastamento gradual da sua família até perder quase o contato com estes, situação que veio a refletir o facto de só encontrarem a irmã morta após seis meses.

A ausência de uma figura de vinculação estável e a ausência de uma dinâmica familiar saudável ditou que fosse APM a criar as suas próprias regras e a crescer em torno das suas decisões tomando o controlo de tudo. Possivelmente uma das causas da depressão estará relacionada com o facto de APM ter adoecido e assim perdido o controlo de que estava habituada. Sabemos que a depressão é uma das perturbações psicológicas que requer um exercício intenso e uma análise detalhada, por parte do psicólogo e paciente, da informação recolhida no historial clínico do paciente. Isto acontece por serem vários os fatores que estão na sua origem.

A identificação dos eventos traumáticos é fundamental para o sucesso da abordagem clínica, no decorrer das sessões. Esta paciente começou a denunciar sintomas depressivos em dois momentos que lhe fugiram ao controlo e, sobretudo, pela sua carga traumática: uma doença de foro oncológico e o suicídio da irmã que lhe fora mais próxima.

Face à sintomatologia apresentada, nomeadamente a incapacidade de tomar decisões e a insistência em pensamentos automáticos de derrota, deve-se priorizar a atenção nos níveis de ansiedade da paciente e na urgência da sua estabilização e propus-me a atingir os objetivos seguintes: (1) Baixar a ansiedade e promover uma boa higiene do sono; (2) Ajudar a APM a identificar as possíveis causas da depressão; (3) Saber quais as atividades que gostava de fazer

(ativar memórias positivas); (4) Quais as decisões que precisava de tomar, e porque não conseguia decidir (perceber onde estava o elemento bloqueador); (5) Psicoeducação para o cumprimento da medicação a tomar.

Considere a pertinência da aplicação de três técnicas, para dar início ao processo de acompanhamento, a saber:

Avaliação de atividades - promover as memórias positivas ajuda no desejo de as voltar a fazer; Questionamento Socrático - levar a APM a pensar sobre os seus pensamentos, causa/efeito; Escala de classificação de satisfação – ajuda o técnico a reconhecer em que estado o paciente se encontra nesse dia e a flexibilizar a sessão nesse sentido, promove também que a paciente pense sobre o seu sentimento de satisfação, estando muito atenta á linguagem verbal ou não verbal que possa indicar algum indício de suicídio.

O objetivo da aplicação destas técnicas, era estimular a paciente a recordar coisas que lhe davam prazer na vida relaciona-las com memórias agradáveis e consequentemente aumentar a vontade de as voltar a fazer. Esta abordagem permite que o paciente se vá apercebendo que não perdeu a sua capacidade de tomar decisões, de as cumprir e até de sentir alguma satisfação pessoal no cumprimento das atividades seleccionadas por si. Ou seja, devolve-lhe o poder de gestão sobre o meio que o envolve e, consequentemente, a autoestima.

Não foi um processo fácil, pois estávamos perante um historial de vida pautado pela culpa e pela rejeição familiar, ou pelo menos, era assim que a paciente interpretava os factos, por esse motivo a APM conseguiu controlar a sua vida afastando primeiro a quem se ligava demasiado, para não ter que lidar com a emoção do abandono.

A inércia, o isolamento, o desleixo e a incapacidade de tomar decisões, foram dando lugar à sugestão de ideias positivas e pequenas conquistas, através das técnicas usadas nas sessões, que culminaram, até, numa ponderação do recomeço da sua vida sentimental e na aquisição de alguns bens móveis.

Esta disciplina de seleção de atividades e avaliação do grau de satisfação no seu cumprimento, também permitiu à paciente desenvolver uma rotina para a toma correta da medicação. A APM parece ter feito bons novos esquemas mentais, pois percebeu que tomar a medicação como prescrita pelo médico fazia todo o sentido, sentia-se realmente muito melhor, e com o acompanhamento psicológico tudo começava a fazer mais sentido, segundo a literatura, acompanhamento farmacológico acompanhado de acompanhamento psicológico tem muito mais vantagens do que só um, e com esta doente esta teoria veio a confirmar-se.

Foi notória a evolução da paciente, apesar do número reduzido de sessões. No entanto foi possível observar que APM ao logo do processo foi sendo capaz de tomar decisões e aos



poucos voltar ao seu funcionamento. Com o decorrer do tempo a APM foi sendo capaz de expor as suas dificuldades libertando-se do poder de controlo que a fazia entrar em ansiedade. Durante o processo terapêutico houve progressos, nomeadamente, a boa adesão às sessões o que possibilitou a criação de um espaço no qual a paciente se sentiu à vontade para se expressar sobre os progressos e retrocessos que iam acontecendo durante as sessões. Também se verificaram progressos no que concerne à questão da medicação, o que antes era difícil, acabou por se tornar rotina com o facto de a paciente perceber que realmente sentia melhoras significativas. De uma forma geral APM apresentou melhorias e uma evolução bastante positiva.

Este caso apresenta uma história de vida com acontecimentos marcantes que contribuíram para o nosso enriquecimento pessoal, visto que, possibilitou conhecer de perto esta realidade.

No meio hospitalar, onde as terapias se exigem ser rápidas, esta veio a provar que poderia ser um caso de sucesso. Desde as tarefas dadas para casa, às escalas de satisfação, a APM aderiu com facilidade e percebeu que afinal conseguia tomar as decisões sozinha. Percebeu que nada iria acontecer de grave, caso uma decisão que tomasse não fosse a mais correta.

Temos a noção que este trabalho de acompanhamento psicológico se processou a um nível superficial, não tendo sido trabalhados os processos psicológicos mais profundos de APM, tal como sugerimos na descrição anterior. Porém, dado o contexto em que foi desenvolvida e a nossa experiência reduzida, consideramos que foi um trabalho com sucesso e que conseguimos apoiar a APM nos seus processos de saúde.

De referir que toda e qualquer mudança dependem da vontade e do esforço de cada um, para que a terapia aplicada seja bem sucedida é necessário o individuo querer para poder acontecer a mudança.

A concretização deste acompanhamento fomentou diversas aprendizagens, nomeadamente a aquisição de competências essenciais para se desempenhar funções ao nível da psicologia clinica em contexto real, como por exemplo a realização de uma avaliação psicológica; o aprofundamento e a consolidação de conceitos e técnicas relacionadas com esta área.

Esta intervenção também foi possível graças ao apoio disponibilizado pela nossa supervisora de estágio e pela confiança depositada no nosso trabalho.



## 2.4 - Caso Clínico II - “Uma dor que teima em ficar”

A MPL foi encaminhada para a consulta de psiquiatria do Hospital de Santa Maria, pelo médico de família após a morte trágica do filho. Desde então tinha sido acompanhada na consulta de psiquiatria mas faltava frequentemente, só comparecendo para pedir a medicação.

No dia em que a MPL se deslocou ao HSM para pedir medicação o Médico Psiquiatra dirigir-se ao gabinete de psicologia fazendo o pedido de acompanhamento psicológico urgente. Na apresentação do relatório psiquiátrico referiu que MPL apresentava um quadro clínico de depressão com ideação suicida por não ter conseguido ultrapassar as fases do luto saudável, sugerindo um Luto Patológico

A MPL vinha com labilidade emocional muito elevada: *“mas porque é que não fui eu? (...) uma mãe não devia assistir à morte de um filho”* (sic). *“quero morrer”, “nada mais tem sentido para mim”, não estou a fazer aqui nada”*.

### 2.4.1 - História Clínica

Natural de uma aldeia do norte nasceu em casa, de um parto de termo e eutócico (normal). Dos pais não se lembra muito, nem da idade que tinha quando eles morreram. Sendo a 2.<sup>a</sup> filha de uma fratria de duas irmãs, MPL e a irmã foram criadas por uma tia.

Em termos de escolaridade completou o ensino básico. Não lhe foi permitido estudar mais por que os tios precisavam dela para trabalhar no campo. Referiu que a irmã ainda estudou mais uns anos, mas não se lembra até quando estudou.

Casou aos 20 anos com um homem que ela pensava ser seu amigo. Passados dez anos a MPL separou-se, pois não aguentava mais a violência física e psicológica a que estava sujeita.

Tiveram só um filho e criou-o sem o apoio presencial, nem financeiro, do ex-marido, também já falecido (sem referência à data do falecimento). Após a separação, ficou a viver com o filho, numa casa que arranjou: *“foi muito difícil, principalmente quando ele estava doente, estava sozinho, e cheguei a sair durante a noite comprar remédio para baixar a febre dele e tinha de o deixar em casa sozinho, porque não tinha ninguém...”* (sic).

Sempre trabalhou para poder dar ao filho as oportunidades que ela não teve. Mantinha dois empregos no aeroporto, para sustentar a casa e criar o filho, *“O meu filho estudou até querer”* (sic). Ainda esteve na escola até terminar o 6.º ano *“com muita pena minha, pois queria que ele continuasse a estudar”* (sic).

Provavelmente, como referência paternal, o filho de MPL gostava muito de um senhor que trabalhava num talho e foi crescendo a aprender a arte de como cortar a carne, distinguir as peças, desossar, entre outras coisas. Aos 18 anos pediu à mãe para ir trabalhar para esse

talho. “O que ele gostava era mesmo do trabalho no talho!”, “era tão perfeito no que fazia, que quando o senhor ia de férias deixava-o responsável pelo talho.” (sic), com o dinheiro que juntava pediu à mãe para fazer no anexo da casa um talho para ele trabalhar. A mãe consentiu. Fizeram as obras necessárias e obteve o seu próprio estabelecimento, a que deu o nome “Mãe M”. Nessa altura a MPL passou a casa e o talho para o nome do filho. “vivíamos só nós dois, um para o outro, eu trabalhava, mas ele trabalhava muito mais, ele gostava mesmo daquilo” “Entrava de madrugada para receber as peças e só saía quando estivesse tudo limpo para voltar a abrir no dia seguinte”, “todos os empregados gostavam do meu filho, ele só fazia o bem, dava-lhes carne no Natal” (sic).

MPL referiu que passado algum tempo o filho comprou a sua própria casa, “estava tão bonita, o meu filho tinha muito bom gosto para a casinha dele, até dava gosto lá ir.” (sic). Sempre que a MPL tinha uma folga gostava de ir limpar a casa do filho, “gostava de a manter limpinha para ele, tratava da roupa e da casa” (sic).

O filho da MPL teve alguns namoros, mas nenhum que ele achasse que fosse digno de apresentar à mãe, “quando lhe perguntava por alguma rapariga, ele dizia-me, mãe, ninguém te pode substituir, só gosto de ti” (sic).

No entanto, algum tempo depois, acabou por levar, uma rapariga, a casa da mãe e referiu que esta estava grávida e que ia viver com ele.

O relacionamento da MPL com a namorada do filho não foi o mais saudável: “quando se mudou para lá, disse-me logo que não era preciso eu ir mais limpar a casa, que ela agora fazia isso, e que quando eu quisesse lá ir, para bater à porta.” (sic).

MPL tentou manter os níveis de cordialidade para poder visitar o filho e o neto.

Passados três anos do bebé nascer, a relação do filho e da namorada terminou e a rapariga saiu de casa com a criança. “Eu nunca mais a vi, nem ela nem o menino e o meu filho também não falava disso. Às vezes dizia-me que nem tinha a certeza se ele era filho dele. Eu dizia para ele não dizer esses disparates, mas ele encolhia os ombros.”, “Ele disse-me que nunca mais queria nenhuma mulher a viver com ele, na casa dele” (sic). Não voltou a apresentar mais nenhuma rapariga à mãe.

A MPL refere que o filho ia almoçar com ela todos os dias, que tinha muito gosto em fazer refeições para poderem almoçar juntos.

Um dia depois do almoço o filho sentiu-se mal e a mãe acompanhou-o ao médico, que o encaminhou para fazer diversos exames. Referiu que o médico avisou o filho que era aconselhável diminuir o tabaco e a bebida: “vim todo o caminho a dizer-lhe para ter cuidado, para deixar de fumar, e de beber... enfim, já sabe como os rapazes são, só pensam no que

*gostam de fazer e fazem! E o resto não interessa, mas eu fiquei mesmo preocupada. Sabia que ele em se juntando com os amigos lá em casa, que não se controlava”* (sic). Por essa altura MPL reformou-se para poder passar mais tempo com o filho.

Em 2010, num fim-de-semana, a MPL recebeu uma chamada de uma vizinha a contar que o filho se tinha sentido mal e que estava lá o INEM. *“senti o chão fugir-me dos pés... o que será que tinha acontecido”* (sic). Quando a MPL chegou a casa do filho, os médicos disseram que já não podiam fazer nada, que ele já estava morto. A MPL desmaiou no local e tiveram de a levar para o hospital.

Mais tarde soube pelos amigos do filho que estavam a jogar consola, a beber e a fumar, como faziam todos os fins-de-semana, e, que de repente, ele disse que estava com dores de cabeça e caiu. Até pensaram que ele estava a brincar. Quando se aperceberam que este não acordava é que chamaram o INEM. Segundo a autópsia, veio depois a confirmar-se, a causa da morte, foi uma embolia cerebral.

A MPL foi ao funeral sempre acompanhada pela irmã e pelo marido desta *“eu queria morrer... (chora) eu queria atirar-me para o buraco e morrer... (chora) só queria ser eu ali e não ele”* (sic).

#### **2.4.2 - Situação Clínica Atual**

Passaram 23 meses desde que o filho da MPL faleceu. Sempre medicada, alegava que a vida tinha deixado de fazer sentido: *“não estou cá a fazer nada, quero morrer, quero ir para o pé do meu filho”* (sic).

Ia todos os dias ao cemitério. Se não ia de manhã, ia à tarde, mas não conseguia passar sem ir lá. E se por algum motivo não fosse, ficava com uma culpa tão grande que não lhe cabia no peito: *“estive doente (constipada) e não consegui ir ao cemitério, precisava de ir, sentia-me culpada por não ir, ele precisava de mim, eu precisava de lhe contar as coisas, e não tinha conseguido ir por causa desta doença parva que me apareceu”* (sic).

Sente-se isolada, não sai de casa, e muitas vezes só se levantava para ir ao cemitério. Não falava com ninguém, não queria amigas.

Por vezes conseguia falar com a irmã, mas era raro, o marido desta está sempre a dizer que gasta muito dinheiro em chamadas telefónicas que não podem estar muito tempo ao telefone, que o telefone é para dar um recado e não é para conversar. *“Às vezes ela liga-me às escondidas dele, mas agora ele colocou um cadeado no telefone para ela não me ligar”* (sic).

Mencionou que não quer falar com as amigas: *“são todas umas falsas”* (sic), às vezes vai comprar alguma coisa para comer e se encontra alguém: *“estão sempre a dar palpites para a*

*minha vida, mas eu é que sei a dor que tenho e que sinto, mais ninguém sabe ou pode saber”, “estão sempre a criticar se vou para o cemitério, já estou farta de as ouvir. Há 2 semanas fui ao cemitério depois do almoço, deviam ser aí umas 14h, deitei-me lá em cima da campa do meu filho e não sei o que me aconteceu, eu chorava tanto que devo ter desmaiado ou adormecido, o homem de lá é que me foi acordar, nem sabia que horas eram” (sic).*

MPL mantém ideias suicidas muito marcadas, por ainda não entender a morte do filho. O nível de ansiedade é muito elevado, e está muito sensível, passa a maior parte do tempo a chorar.

Neste caso não foi efetuada uma avaliação psicológica devido à forte intensidade emocional com que a MPL vinha às sessões

### **2.4.3 - Síntese do Acompanhamento Psicológico**

O contrato terapêutico, devido à debilidade da MPL, foi descrito de uma forma mais simples, mais adequada à situação vulnerável e de emergência para este caso.

No tocante à história de vida para esta senhora em particular, nas primeiras sessões não houve uma recolha de dados para uma anamnese completa, pois estava demasiado desorganizada. A MPL referiu que não queria mais viver. A história foi sendo construída ao longo das sessões.

Devido à gravidade do caso os nossos objetivos para com esta paciente eram urgentes e imediatos. 1) Baixar a ansiedade; 2) Compreender o seu luto; 3) Ouvir a sua dor; 4) Ajudar a ultrapassar as outras fases do luto.

As sessões iniciais (2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> Sessão) foram muito à base da escuta ativa e da compreensão, pois a MPL estava muito desorientada, chorava muito e tinha ideação suicida muito vincada. Só chorava, pouco falava. Deixávamo-la chorar e ouvíamos ativamente tudo que nos dizia. Durante estes períodos de ansiedade mais intensa, tentávamos com que a MPL respirasse fundo e de um modo lento, numa tentativa de baixar a ansiedade.

Verificou-se uma enorme vontade de morrer, pensamentos muito pessimistas relativamente à vida. Tudo era mau. Já não tinha prazer nenhum em viver (estes pensamentos e esta ideação suicida foram-se desvanecendo ao longo das sessões).

MPL aderiu às sessões semanais. Referiu que ir para ali, a fazia sair de casa e que saía mais aliviada, por ter chorado ao pé de alguém e por ter tido alguém que a ouvia sem a criticar. A sua labilidade foi diminuindo de intensidade. Já não chorava todas as sessões e já ia conseguindo manter as lembranças mais positivas do filho, tendo até referido que o filho era um homem muito bonito. Sugeriu então que na sessão seguinte trouxesse uma fotografia dele.

4.<sup>a</sup> Sessão- Assim que iniciámos, mostrou-nos logo a fotografia do filho, e sorriu. Pedimos para falar um bocadinho acerca daquela fotografia: onde tinha sido tirada, com quem estava, em que altura foi, etc. Referiu, sem chorar, que aquela fotografia tinha sido tirada meses antes de ele morrer. Nesse momento voltou a chorar. Reparámos que o choro era diferente, era um choro de saudade, e não de dor incontável. Deixámos chorar.

Quando ficou mais tranquila perguntámos-lhe se acaso tivesse oportunidade se queria dizer alguma coisa ao filho, que não tivesse dito. Mediante a resposta positiva da MPL, deixámos falar e foi muito interessante, pois começou por dizer que estava cheia de saudades dele, mas que ele tinha sido negligente, por não ter tomado atenção ao que o médico e a mãe lhe estavam sempre a dizer. Que devia ter sido mais cuidadoso com a sua vida. Disse-lhe que ele não a devia ter deixado da maneira que a deixou. Que estava a sofrer muito.

Perguntámos-lhe se o filho a estivesse a ouvir o que achava que ele responderia? Disse-nos que ele jamais permitiria que ela chorasse como tem chorado. *“ele não me podia ver chorar”* (sic). *“Também não gostava que eu fosse ao cemitério todos os dias... acho que ralhava muito comigo”* (sic). Notámos que a MPL ao verbalizar que o filho não gostava que ela chorasse ou fosse ao cemitério a fez refletir sobre isso. Nas sessões seguintes, estava bastante mais tranquila, tendo referido: *“sabe, ontem estive a ver televisão um bocadinho”*. (sic), Fomos percebendo que com o passar das sessões a MPL foi-se sentindo cada vez mais serena e, só nas últimas consultas, é que conseguimos recolher, grande parte da história clínica.

Na 5.<sup>a</sup> sessão verificámos que a MPL, começou a preocupar-se com outros problemas relacionados com a vida, tais como a sua casa, a ex-nora e o neto, e coisas materiais que antes não tinham qualquer valor ou significado para ela. Numa altura em que foi procurar uma outra casa para morar, notou-se um sentimento de desconfiança e de irritabilidade para com um comentário tecido por uma amiga que a acompanhou. Este pormenor tornou-se o tema da 6.<sup>a</sup> sessão. *“estou muito irritada, então a minha vizinha disse que era melhor eu colocar a casa no nome dela (...) Já não basta aquele que se diz meu neto”* (sic). Deixámos desabafar, e exteriorizar essa irritabilidade. Depois fizemos um exercício de relaxamento para a MPL ficar mais calma, e conseguir gerir aquele sentimento. No fim desta sessão acabou por dizer *“eu faço o que quero, nem me interessa o que ela diz (...)”* (sic).

Na 7.<sup>a</sup> sessão referiu que já não ia tantas vezes ao cemitério pois o filho não queria que ela fosse todos os dias, mas que às vezes as saudades eram tantas que ela tinha de ir. Já mais para o fim descreveu que já se conseguia levantar de manhã, ir à rua e até ver um bocadinho de televisão, tarefa que a irritava muito quando chegou nas primeiras sessões.

Na 10.<sup>a</sup> sessão a MPL revelou um objetivo, e que queria realizar antes de morrer. O que muito nos surpreendeu, pois o único objetivo com que nos chegou era morrer. Disse-nos que queria muito voltar para a terra dela, de levar os restos mortais do filho, para que quando ela morresse pudesse ficar junto dele. Agora a preocupação da MPL era procurar casa (tinha 3 anos para o fazer, pois só levantam as ossadas ao fim de 5 anos), queria uma casa pequenina mas com muita luz.

Por volta da 11.<sup>a</sup> sessão, a MPL estava mais tranquila, mais objetiva, tinha planos, já saía mais à rua, falava mais com a irmã referindo: *“pouco me importa que ele fale para lá, eu quero ouvir a minha irmã e eu ligo para ela!”* (sic). Conseguiu estabelecer uma comparação entre a morte do filho e a morte de uma criança pequenina, que tinha ouvido nas notícias: *“há desgraças bem pior que a minha, o meu filho ainda viveu 47 anos, agora aquela mãe perder um filho com 3 anos... como eu compreendo a dor dela”* (sic).

MPL faltou às restantes sessões de psicologia. Apesar de termos ficado com pena, ficámos também com a sensação de que a MPL conseguiu dar um passo para ultrapassar aquela fase do luto, que a prendia há 23 meses naquela angústia.

#### **2.4.4 - Discussão Clínica Caso II**

A análise deste caso é feita na base do modelo de Parker (1998) descrito anteriormente.

A MPL apresentava uma urgência imediata de intervenção devido à sua ideação suicida, por esse motivo não foi realizada em tempo oportuno uma avaliação psicológica desta paciente. Verificou-se (pela observação) que a paciente tinha uma ansiedade muito elevada e um humor bastante deprimido.

MPL é uma paciente com cerca de 75 anos de idade (não sabemos a idade certa), viúva, e de luto pelo seu único filho. Foi-lhe diagnosticado pelo médico psiquiatra da unidade um luto patológico. Foi o médico que após a consulta a levou pessoalmente ao gabinete de psicologia e referiu que não podia ir embora sem falar com a nossa supervisora (psicóloga clínica na área de geriatria). Alguns pais tendem a tentar controlar os filhos, esquecendo-se que eles não são sua propriedade, atentam naquilo que acham que os filhos deviam estar a fazer (Batista, 2014 citado por Corvo, 2015). Logo de início nos apercebemos que a relação mãe/filho não era uma relação saudável. Este aspecto peculiar da relação suscitou-nos o aprofundamento desta temática, levando-nos a concluir que os papéis na relação não estavam distintos mãe/filho, o que a transformou num relacionamento não normativo, mas de interdependência.

A MPL apresentava ideação suicida muito marcada e labilidade emocional muito elevada. Segundo a avaliação feita pelo médico e pela observação e entrevista inicial verificou-se que,



segundo o DSM-5, a MPL preenche os critérios de diagnóstico para Luto Patológico (Persistent Complex Bereavement Disorder) (APA, 2013), que consiste:

A: O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem ele ou ela tinha uma relação estreita. *“morreu-me o meu único filho há 23 meses”* (sic)

B: Desde a morte, pelo menos, um dos seguintes sintomas persiste com uma intensidade clinicamente significativa quase todos os dias por pelo menos 12 meses após a morte.

1. Saudade/Persistente / saudade do falecido. Em crianças pequenas, a saudade pode ser expressa em jogos e comportamentos, incluindo comportamentos que refletem ser separadas de um cuidador ou outra figura de apego, e também se reunir com um cuidador ou outra figura de apego. *“tenho tantas saudades dele, tenho a fotografia dele logo à entrada de casa... (chora), falo com ele todos os dias”* (sic)

2. Tristeza e dor emocional intensa em resposta à morte. *“vou todos os dias ao cemitério, no outro dia devo ter desmaiado de tanto chorar... quando acordei já era quase noite”* (sic)

3. Preocupação com o falecido *“rezo todos os dias por ele”* (sic)

C: Desde a morte, pelo menos, seis dos doze sintomas persistem com uma intensidade clinicamente significativa vários dias, por, pelo menos, 12 meses, após a morte. 1. Marcada dificuldade em aceitar a morte *“não acredito... não pode ser verdade”* (sic), 2. Descrença ou dormência emocional sobre a perda *“as vezes ainda não acredito, ainda fico à espera que ponha a chave à porta”* (sic), 3. Amargura ou raiva relacionada à perda *“porque é que foi ele e não eu??? Eu é que sou a mãe, a mais velha, era eu que devia ter ido no lugar dele”* (sic), 4. Dificuldade na adaptação sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (por exemplo, auto-culpa) *“Mas porque é que eu não fiz nada... porque é que eu não estava lá quando ele precisava de mim, se eu lá estivesse se calhar as coisas teriam sido diferentes”* (sic), 5. Um desejo de morrer, a fim de estar com o falecido. *“já pensei em atirar-me para debaixo do comboio... esta dor é insuportável”* (sic), 6. Sentimento de solidão/separação de outros indivíduos desde a morte. *“estou sempre na cama, não quero ver ninguém, só falar com o meu filho no cemitério”* (sic)

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou de imparidade nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. *“não saio de casa a não ser para ir para o cemitério falar com o meu filho, quando está a chover fico na cama a chorar com as lembranças dele...”* (sic)

E. A reação ao luto é exagerada (fora de controlo) ou inconsistente com as normas culturais, religiosas, ou idade. Já passaram 23 meses e a MPL não aceita a morte do filho,

refere que todos os dias espera morrer para ir para o pé dele “*não quero fazer nada, só esperar a morte ou buscar a morte...*” (sic).

A MPL deixou de viver e passou a sobreviver focada no sofrimento da perda (Bleichmar, 2010). O choro intenso e permanente é considerado por Bowlby um mecanismo adaptativo, desenvolvido para recuperar a figura de vinculação perdida e faz parte do processo de luto (Bowlby, 1980).

Segundo a literatura o luto encontra-se dividido por etapas ou fases que se devem ultrapassar, para completar um processo de luto saudável. Não é linear o indivíduo ter de passar por todas, podendo até saltar alguma delas. O tempo de duração de cada uma das etapas, difere segundo cada indivíduo, podendo chegar aos 12 meses para completar o processo de luto, durante os quais se deve ter especial cuidado para não confundir Luto com Depressão (Parker, 1998; Ross, 1996). A ansiedade e o humor bastante deprimido são características desta forma de luto (Vieweg et al., 2006), e a MPL estava bastante ansiosa e com humor deprimido.

Segundo Silva e Alves (2012) a dor de ter sobrevivido a um filho deixa muitas vezes no idoso a vontade de morrer, o que se veio a confirmar pelo diagnóstico médico e pelo discurso recorrente na MPL.

MPL teve de voltar a aprender a viver com a ausência física onde teve de aprender, tal como sugere Parker (1998), novos comportamentos e novos valores. A maioria das pessoas consegue chegar a um novo equilíbrio (Jordan, 2014) e a aceitar as mudanças circunstanciais e retomar a sua vida, esta paciente não conseguiu fazer esta passagem e ficou presa durante 23 meses a esta dor.

Parker (1998) refere 4 fases do luto que devem ser o caminho por onde passa o enlutado para conseguir seguir em frente com a sua vida, pessoal, familiar e social. (1) O entorpecimento “não, às vezes ainda o ouço meter a chave à porta” (2) O Protesto: “porque é que ele tinha de morrer e não eu”, (3) O desespero “Já pensei em atirar-me para a linha do comboio”. Esta é talvez a fase onde a maior parte dos enlutados passa mais tempo, é uma fase bastante importante e que se tem de ultrapassar para concluir o processo de luto, no entanto a MPL estava parada nesta fase do desespero e ficou presa durante pelo menos 11 meses (visto que a média do tempo de luto é de 12 meses). Uma última fase descrita como (4) O desapego, esta fase é a disponibilidade de tentar retomar a vida normal, é o retorno da independência e da iniciativa. Parece-nos que foi o que aconteceu com a MPL nas últimas sessões, pois foi visível a iniciativa de “fui ver uma casa para comprar”, e a independência quando colocou a ela própria objetivos específicos de como “gostava de voltar a morar na minha terra”.



Durante as sessões utilizamos algumas técnicas da TCC (Hughes, 2011), e uma das que utilizamos foi a despedida do filho ao aplicarmos a técnica da exposição ao estímulo doloroso e a restauração cognitiva (Blais, 2013; Knapp, 2007). Diz-nos a literatura que estas duas técnicas aplicadas em conjunto com as técnicas de relaxamento, baixam a ansiedade e acrescentam benefícios muito evidentes (Knapp, 2007). Com esta técnica a MPL teve a oportunidade de se despedir do filho, e de pensar sobre o que ele lhe diria se a visse como ela tem andado. Verbalizou o seu pensamento e automaticamente reprocessou essa informação. Esse reprocessamento cognitivo, pareceu-nos que fez toda a diferença, pois foi a partir dessa sessão que a MPL referiu já não sentir necessidade de ir todos os dias ao cemitério e com isso conseguimos obter um dos objectivos do acompanhamento.

Após o avanço desta etapa, foi-se trabalhando com o “Modelo das 4 tarefas” que consiste em fixar as ligações cognitivas efetuadas para não haver risco de recaída. Para tal, após a aceitação da realidade da perda com a despedida do filho, trabalhou-se a dor do luto ao fazer-se o reprocessamento da informação e orientou-se para a adaptação ao ambiente em que a pessoa falecida está ausente. Nesta etapa, a MPL decidiu que queria sair da casa que lhe trazia recordações, e colocou como objetivo comprar uma casa noutra lugar e continuar a viver.

Durante este decurso foi visível a oscilação do modelo dual desenvolvido por Stroebe e Schut (1999) entre “orientação para a perda” com o trabalho de luto, quebra de laços e negação/evitamento da tarefas de restabelecimento e a “orientação para o restabelecimento” que trás um perceber as mudanças de vida, fazer coisas novas, novos papéis e identidades e a distração da dor. Este autor refere que este processo de oscilação entre estas duas orientações é provavelmente um dos melhores indicadores da evolução da experiência de luto.

O processo de sofrimento é bastante variável, levando normalmente muito mais tempo que aquele que as próprias pessoas esperam. Para além disso, cada data especial como o natal, páscoa, festas de aniversário, ou férias são prováveis (provocadores) de reevocar a perda (Walsh & McGoldrick, 1998). Até mesmo quando o enlutado já passou para uma fase seguinte, pode regressar a padrões anteriores durante estas alturas mais marcantes. Assim, verifica-se que o luto não é um processo que progride de forma linear, podendo reaparecer para ser novamente trabalhado (Sanders 1999).

Nas últimas sessões a MPL trazia um discurso salpicado de alguma esperança, como voltar a fazer coisas que já não tinha prazer nem vontade de fazer e isto indica-nos que provavelmente esta paciente passou para a última fase do luto descrita por Parker (1998) chamada o desapego, onde se verifica o retorno da independência e da iniciativa, apesar de ainda não estar disponível cognitivamente para os relacionamentos sociais. No entanto a

paciente revelou que voltou a falar com a irmã com mais frequência do que falava independentemente do cunhado gostar ou não.

De acordo com Volkan (citado por Worden, 1991), o indivíduo enlutado nunca perde as memórias de uma relação significativa. Um sinal de que o processo de luto está a ser bem sucedido é quando a pessoa consegue pensar no falecido sem dor e quando consegue reinvestir as suas emoções na vida e nos vivos. Este indício deverá ser o prenúncio de que este processo de luto poderá em breve estar resolvido.

#### **2.4.5 - Reflexão Pessoal do Caso II**

A morte de alguém a quem se está fortemente vinculado trás ao de cima emoções de dor e um vazio muito forte no ser humano. Surgem todas ao mesmo tempo de tal maneira que deixa de ser possível ter controlo sobre elas.

MPL é uma mãe em luto. Por não ter sido um relacionamento saudável, uma vez que os papéis ora estavam invertidos, ora apresentavam a cumplicidade de um casal e se verificava uma interdependência levada ao exagero. Esta rotura interferiu de um modo intenso nas rotinas diárias da paciente, exigindo uma grande capacidade de adaptação.

O que a levou a um luto demasiado intenso e demasiado prolongado no tempo. Sem conseguir ultrapassar as etapas para um luto saudável a paciente sobrevive enquanto pondera desistir. A MPL apresenta níveis de ansiedade extremamente altos, labilidade emocional muito elevada, sendo necessário estabilizar a paciente. A supervisora do estágio curricular no HSM e coordenadora da unidade de gerontopsicologia, sugeriu que eu acompanhasse esta paciente, indicou-nos um local para o início das sessões marcou as datas e horas que a MPL deveria comparecer.

Quando fiquei com a responsabilidade desta paciente com ideação suicida, tive algum receio de não conseguir ser capaz de a ajudar. Ponderei algumas hipóteses e propus atingir alguns objectivos:

- Desencorajar o suicídio;
- Identificação das memórias traumáticas e o seu reprocessamento;
- Verificação da eficácia das técnicas aplicadas e reconhecimento de comportamentos de mudança na readaptação à nova vida.

O processo de luto por um filho será talvez o mais doloroso de todos e, por conseguinte, o que exige mais preparação e desenvolvimento pessoal por parte do psicólogo, ou terapeuta.

Ao recolher a história clínica em conjunto com a investigação percebi que a MPL estava presa a uma das primeiras fases do luto “fase do desespero”, onde acontece frequentemente o isolamento de todos os que a rodeiam e o desinteresse com as tarefas diárias.

De salientar que num luto normal, a fase do desespero ou qualquer outra fase do luto, pode levar mais ou menos tempo a ser ultrapassada mas, num luto patológico o indivíduo não consegue ultrapassar uma das etapas, e geralmente a mais frequente é a do desespero. Desesperança, sem respostas, MPL passa os dias no cemitério, aliviando um pouco a sua dor, por estar fisicamente mais perto do filho. Mas a dor insuportável, leva-a a desejar a morte. Vive numa luta emocional constante. É demasiado religiosa e sabe que não poderá suicidar-se, mas ao mesmo tempo revela que quer ir para junto do filho.

Numa primeira abordagem é imperativo permitir que o paciente chore, se assim o desejar, proporcionando-lhe um ambiente onde sinta que pode manifestar a sua dor.

Por norma, nas primeiras consultas, os pais enlutados revelam uma profunda dificuldade na verbalização de sentimentos. Este bloqueio tem a ver, sobretudo, com o facto de ainda estarem emocionalmente presos a dois momentos profundamente traumáticos:

- O momento do falecimento;
- O momento do enterro/cremação.

Dependendo da situação, também se pode considerar o reconhecimento do corpo, como um momento de trauma que irá agravar a dor dos enlutados.

Este foi o quadro apresentado pela paciente deste caso, que nas primeiras sessões não conseguiu articular qualquer palavra. Apenas chorou. E foi-lhe permitido chorar durante cerca de três sessões.

É importante que o enlutado chore ao lado de alguém capacitado para o ajudar a gerir este processo de dor. Não é o mesmo que chorar sozinho. A pertinência desta orientação consiste na ajuda da gestão dos momentos de desespero. Esta paciente estava presa a esta primeira fase do luto, apresentando nas primeiras sessões a labilidade emocional muito aumentada.

Importa sublinhar que, para o psicólogo/terapeuta há sempre a possibilidade de transparecer alguma vulnerabilidade, face às manifestações emocionais dos seus pacientes, o exercício da técnica da visualização de um lugar seguro (Kiessling 2009), descrita anteriormente, pode e deve ser usado como recurso de proteção. Neste caso o meu envolvimento pessoal no início, foi maior do que eu esperava, apercebi-me que estava a tomar a dor da paciente como minha e não estava a conseguir ser isenta, de forma a poder estar com a paciente sem que os meus sentimentos ou emoções limitassem a ajuda profissional que a MPL merecia. Espera-se que a postura do psicólogo proporcione, dentro do devido

distanciamento emocional, a serenidade que contrasta com a descompensação emocional apresentada pelo paciente e assim o ajude a encontrar um ponto de equilíbrio.

Contra as minhas expectativas a paciente comparecia nas sessões marcadas, vindo a verbalizar que o facto de alguém a ter ouvido sem a julgar, e sentir que a dor dela era aceite incondicionalmente, podendo esta estar errada ou não, a fez voltar pois sentia-se bem. Percebi que, para além de pesquisar ou compreender acerca dos sentimentos e dos pensamentos, é ausentarmo-nos das nossas crenças e valores para ver o mundo pelos olhos do paciente sem julgar (não é concordar, é ver a realidade do outro).

Na medida em que os momentos de choro foram diminuindo, quer em quantidade, quer em intensidade, a paciente foi partilhando alguns detalhes mais pormenorizados da sua relação com o filho.

A partilha de informação permitiu ao psicólogo a aplicação da técnica das memórias positivas. Neste caso consistiu em ajudar a paciente a recordar a imagem do filho vivo, associada a episódios felizes.

O bloqueio na “fase do desespero” dá-se precisamente pelo facto de a pessoa não conseguir apagar a imagem da pessoa falecida e nem a memória da dor que sentiu no momento da notícia do falecimento. Há pessoas que ficam presas a esta fase do luto durante décadas. Experimentam diariamente a mesma dor que sentiram no dia do falecimento do ente querido e projetam diariamente a imagem do cadáver, que ficou impregnada pelo trauma da perda. Os pensamentos suicidas são comuns nesta etapa do processo de luto, e isso foi possível verificar com esta paciente.

Gradualmente, a MPL foi recordando mais episódios felizes com o filho vivo, o que lhe foi baixando os níveis de ansiedade e ajudando a mudar o foco de pensamento. Não se pode esperar que pais enlutados algum dia esqueçam a imagem do seu filho sem vida e muito menos a “onda de dor” - descrita por muitos - que os percorreu no dia que lhes foi comunicada a tragédia. Nem é isso que se pretende com a aplicação da técnica da exposição ao estímulo doloroso, quando se despedem do filho. O que se pretende é que as pessoas se libertem desses momentos traumáticos e se permitam a um descanso da dor, através da interiorização de que a história de vida da pessoa que partiu, não se resumiu a dois ou três momentos de grande dor, mas a uma série de episódios de vida em comum que merecem ser lembrados.

Os pais em luto honram mais os filhos se continuarem a verbalizar as suas memórias positivas, do que se insistirem em partilhar os contornos da morte, o funeral, etc.

É irreal partir de um pressuposto que em algum momento os pais vão parar de falar nos filhos, muito menos o psicólogo. Os pais em geral falam dos filhos, quer estejam vivos, quer estejam mortos. Neste caso, o que se pretende, é que o foco da conversa seja a vida que o filho teve e não a morte. Para o efeito (e porque a paciente já ia dando pistas de estar apta a falar de outros temas que não a morte do filho) sugeri-lhe que na sessão seguinte trouxesse uma fotografia do filho.

O confronto com a imagem proporciona a ativação de memórias que promovem a verbalização, não só de episódios passados, mas também de sentimentos, o que contribuirá para o reprocessamento da informação dolorosa.

Tal como aconteceu com o processo de choro, a ativação de memórias felizes também deve ser acompanhada, pelo menos, numa primeira fase. Muitas vezes as memórias positivas também precedem momentos de choro convulsivo, ou outras manifestações de desespero mais violentas e, nessas alturas, a presença do psicólogo, ou a lembrança das técnicas aprendidas em sessão, torna-se fundamental.

No caso desta paciente tudo decorreu de modo sereno. As considerações que foi tecendo a respeito do filho, enquanto olhava para a fotografia, ou a propósito da mesma, permitiram-lhe perceber que não teve culpa da sua morte. A literatura diz-nos que quando falamos em voz alta, reprocessamos a informação, e isto foi o que ela acabou por fazer enquanto estava a falar normalmente com o filho, como se ele estivesse ali.

A paciente também carregava a mágoa de não se ter despedido dele, (como se fosse normal despedirmo-nos das outras pessoas prevendo a sua morte). A morte surpreende sempre, mesmo nos casos de pacientes com patologias terminais. De qualquer modo, pareceu-me pertinente a sugestão da despedida do seu filho. Ali mesmo. Olhando para a fotografia. A MPL teve oportunidade de se despedir do filho, falou com ele em voz alta, falou que estava muito revoltada. Depois teve a oportunidade de dizer que ele tinha sido descuidado e que a culpa de lhe ter acontecido aquilo era dele, pois continuou a fazer as asneiras que os médicos tanto o tinham avisado para deixar de fazer.

A culpa é um denominador comum dos pais em luto. Pensam frequentemente que de algum modo podiam ter evitado a morte dos filhos e por isso carregam este fardo (muitas vezes em segredo) durante a vida inteira.

Assumir que o filho foi culpado pelo seu comportamento negligente com a sua saúde, foi o grande passo de libertação desta mãe que se considerava culpada por não ter interferido mais nas decisões do seu filho, neste caso, um adulto de 47 anos.

Nas sessões seguintes o tema abordado incidiu no sentido de a orientar a considerar pedir ajuda para reorganizar a sua vida e compartilhar o que estava a fazer e o que pretendia fazer. Organizou sozinha os seus pensamentos e prioridades, a dor, antes incomportável, tornou-se agora uma arma de luta. O viver para o filho morto, deu lugar a uma postura de homenagem ao que o seu filho tinha sido.

Nas últimas sessões a paciente já não se vestia completamente de preto. O cuidado com o aspeto exterior era representativo da ausência de culpa e da ideia de que a sua vida deveria honrar a memória do filho e não o reduzir àquele momento trágico.

Em conclusão, sinto que foi difícil lidar, na qualidade de técnica de psicologia, com esta situação. Foi difícil ter de lidar com os meus próprios sentimentos de dor e de luto, de emoções incontrolláveis, pois mesmo tentando controlar, não consegui deixar de imaginar como seria estar no papel daquela mãe. Depois foi igualmente difícil lidar com o perigo iminente de suicídio desta paciente.

Tenho a noção que muitas coisas ainda podiam ter sido trabalhadas neste contexto, tais como: a auto estima, a valorização do self, confronto com as diferentes realidades e contextos, aprender a conviver com a ausência, e ainda alguns aspetos mais psico-educativos como, a alimentação, a medicação e medidas a tomar para uma maior socialização. Porém, as limitações do local e tempo de estágio, não permitiram que se conseguisse fazer este trabalho mais educacional com esta paciente, assim como uma avaliação e uma melhor consolidação das memórias positivas.

## **Parte III - Discussão**

### **3.1. Discussão Global do Trabalho de Estágio**

Nesta seção do relatório de estágio, apresenta-se uma discussão geral de todo o trabalho desenvolvido, que contempla as problemáticas da população-alvo e formas de intervenção, tendo por base a literatura científica. Segue-se uma discussão global sobre as aprendizagens adquiridas.

Em muitas culturas e civilizações, o adulto mais velho era visto como o detentor da verdade, era tratado com respeito e veneração por parte dos mais novos, pois representava uma fonte de experiência adquirida ao longo da vida (Araújo & Carvalho, 2005). O envelhecimento era natural e rodeado de familiares, todos cuidavam de todos. Na sociedade atual, este conceito e esta forma de vida tem tendência a desaparecer o que muitas vezes conduz este público alvo à solidão. Compreendendo-os na sua essência, com todos as suas dúvidas próprias do avançar da idade, é fazer com que sintam aceites tal como são. Os pedidos de ajuda eram tão heterogêneos e muitos deles somáticos, mas todos acabavam por estreitar num só: “estou tão sozinho”.

De acordo com Jaremka, et. al., (2013), a solidão traz consequências para o sistema imunitário, debilitando-o e contribuindo para o aumento de stress, diminuição da autoestima podendo desencadear sintomas depressivos. Segundo Perissinotto, Stijacic e Covinsky, 2012; Holt, Smith, Baker, Harris e Stephenson, 2015, a solidão é considerada um fator preditor de mortalidade. A solidão é e será a causa mais frequente de uma descensão vertiginosa da qualidade de vida destes indivíduos. Beck e Alford (2011) revelam que existe um conjunto de perdas que interferem na qualidade de vida do idoso e que poderão levar à depressão, nomeadamente a morte de um querido, a saída do mundo laboral, a perda da posição social após a reforma, entre outras.

Tendo em consideração o que observámos no decorrer do nosso estágio e a revisão bibliográfica apresentada anteriormente, constatamos que trabalhar com adultos mais velhos requer cuidados específicos a fim de se colmatar o acentuado declínio de vida que muitos têm dificuldade em aceitar.

As reuniões clínicas e as formações a que tivemos oportunidade de assistir contribuíram em muito para a nossa aprendizagem e desenvolvimento profissional, assim como, as técnicas utilizadas. Uma que desfez ideias pré concebidas, foi a técnica de eletroconvulsivoterapia (ECT), devido à sua eficácia. O acompanhamento às sessões de ECT de uma paciente em estado catatónico, e a verificação de que semana após semana, sempre que esta técnica era

aplicada, a paciente revelava melhoras significativas do seu estado, acabando mesmo, por ao fim de aproximadamente 12 sessões, ter alta hospitalar, comprova a eficácia desta técnica. Contudo a ECT ainda nos trás à mente as imagens agressivas que mais se parecia com tortura do que propriamente com uma técnica de benefício clínico. Nos dias de hoje, segundo Rigonatti, Cretaz e Aratangy (2011) trata-se de uma ferramenta importante a nível terapêutico revelando-se um tratamento seguro e eficaz onde se obtém mais benefícios do que contra indicações.

Tal como esta ferramenta também outras técnicas podem ser usadas para a promoção da saúde e bem estar destes adultos mais velhos. Na tentativa de colmatar as dificuldades que foram verbalizadas pelos pacientes em sessão sentimos a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção em grupo. Segundo a literatura, uma intervenção psicológica grupal passa por proporcionar aos adultos mais velhos, uma rede de suporte e apoio, um espaço acolhedor para troca de experiências, uma melhoria na qualidade de vida, na auto-estima e autoconfiança, bem como a diminuição de sentimentos de impotência e solidão (Kaplan e Sadock, 1997). O projeto chegou a ser apresentado, no entanto foi inviabilizado por motivos logísticos, não existia espaço físico disponível para a realização do mesmo. A vontade de fazer algo diferente por estes adultos mais velhos, levou-nos a desenvolver um novo projeto. Baseadas em algumas diretrizes descritas por Carstensen, Edelstein e Dornbrand (1996), desenvolvemos um *flyer* informativo. Este folheto pretendia orientar, aconselhar, e promover uma mudança de atitude em relação ao envelhecimento. Tivemos em consideração a clareza de conteúdo assim como o tamanho da letra de modo a facilitar a sua leitura. A informação contida no flyer passa pelas seguintes temáticas: orientação e aconselhamento, informação sobre instituições que valorizam, cuidam e promovem a saúde no idoso e alguns contatos que consideramos ser de relevante importância. Reproduzimos várias cópias deste flyer para que pudessem ser distribuídos à posteriori.

Iremos referir agora a avaliação psicológica realizada nos adultos mais velhos e respetivo acompanhamento psicológico, descrevendo a doença. O confronto com as expetativas iniciais, dificuldade sentidas e perspetivas futuras, no caso da depressão e no luto patológico.

A avaliação psicológica deste público-alvo deve ser feita com cuidado. Lima, Lima, Aguiar e Castro-Costa (2012) referem que os sintomas depressivos no adulto mais velho podem estar associados a um quadro de pseudo-demência, o que poderá dificultar um acompanhamento adequado (Marques, 2013). Tendo em conta este conceito sempre que a equipa de gerontopsicologia recebia um novo paciente, efetuava uma bateria de provas específicas, sendo que, algumas das mais importantes são a avaliação de despiste do défice



cognitivo (GPCOG ou MMSE), e a avaliação da depressão (GDS), para obterem um diagnóstico correto. A observação destas avaliações contribuíram para aprendermos a lidar com situações diferentes.

Quanto à sua aplicação, uma vez que em contexto real foi o primeiro contato que tivemos com estas provas, levou-nos a procurar a equipa de avaliação psicológica para aprendermos como cotar e interpretar os resultados obtidos na escala de avaliação. Este facto trouxe-nos alguma ansiedade, que foi ultrapassada pela ajuda desta equipa o que se revelou uma mais valia. Apesar de não ter sido um percurso fácil, revelou-se uma aprendizagem pessoal, que nos levou a exigir de nós mesmas que resultou numa consolidação de conhecimentos para uma elaboração correta do diagnóstico.

Quanto às perspetivas de futuro na área de avaliação e acompanhamento para esta população específica, ainda há muito trabalho a desenvolver. Algumas provas de avaliação que observámos ainda não estão aferidas para a população portuguesa mas são de grande utilidade por isso, seria interessante aferir algumas destas provas. O ideal seria que os centros de saúde e hospitais disponibilizassem uma equipa de avaliação que pudesse acompanhar esta população com frequência e regularidade pois seria benéfico existir estudos científicos de investigação-ação, orientada para os problemas específicos referentes a esta faixa etária.

Sendo a solidão também um problema apresentado pela maioria dos pacientes seria interessante fazerem-se grupos de interação, ajuda, partilha e psicoeducação para um aumento do bem estar subjetivo nesta faixa etária. Gostaria de me envolver com este tipo de projeto, pois seria aliciante promover e observar o progresso. Também seria benéfico haver formação neuropsicológica para um acompanhamento mais assertivo e aprofundado destes casos de geriatria. A supervisão do acompanhamento destes casos é muito importante e deverá ser feita para uma melhor abordagem. Podiam-se promover atividades com maior frequência e diversidade nos lares, junto das juntas de freguesia e junto das igrejas. Apesar de já haver atividades dirigidas para esta população, era bom que fossem mais abrangentes e frequentes de modo a incluir toda ou a maior parte dos adultos mais velhos. Hoje em dia a maneira como o sistema de saúde no serviço público está organizado, devido a toda a logística envolvente, custos financeiros e espaços físicos, exige-nos resultados rápidos e visíveis o que incapacita-nos de poder tratar a doença como um todo, permitindo-nos focar apenas nos sintomas.

Seguidamente passaremos à discussão do acompanhamento psicológico realizadas no estágio.

Iniciaremos a nossa discussão pelo caso de depressão.

APM é uma paciente com depressão, diagnosticada pelo médico psiquiatra e confirmada pela equipa de gerontopsicologia.

Silva (2009) diz que a depressão é um quadro aterrador. Tudo é demasiado pesado e grande, tal como Gusmão (2005) nos diz que as atividades passam a ser obrigações e até as coisas mais leves ficam insuportáveis, levando a uma lentificação exagerada de todas as tarefas. No caso desta paciente com depressão, apresentou-se-nos sem energia e sem auto estima. Trazia um acumular de sintomas, nunca antes amenizados, esta paciente isolava-se, não saía, logo não socializava. Esta paciente também revelou um estado de ansiedade por não conseguir efetivar as suas decisões e definir objetivos. Feske, Frank, Kupfer e Shear (1998), alertam que o aumento da ansiedade, pode ser um fator de risco elevado, pois a ansiedade e a depressão quando combinadas, revelam uma dificuldade de sucesso para a terapia. Ao serem aliviados os sintomas de ansiedade com a técnica de relaxamento (Knapp, 2007) a reação foi positiva, aumentando a receptividade das sugestões apresentadas e das tarefas sugeridas. Foram visíveis as melhoras dos sintomas que a trouxeram à sessão, a partir do momento, em que a APM verbalizou que queria cumprir os objetivos auto-propostos. O facto de ter sido a APM a sugerir as metas e a verbalizá-las revelou um sinal positivo de mudança de pensamento (Dobson e Dozois, 2001). Em relação as técnicas da administração do tempo, avaliação de atividades, e a escala de classificação de satisfação (Beck et al., 2000; Delose, VanDellen & Hoyle, 2015; Wrigth, Basco & Thase, 2008), foram recebidas com bastante adesão por parte da paciente, observando-se uma reaprendizagem na gestão do tempo o que consequentemente gerou experiências positivas e ao auto-avaliar-se sobre o que se tinha proposto alcançar, criou novas cognições e, consequentemente, mudanças de comportamento (Bahls & Navolar, 2004; Knapp, 2004).

Estando estas técnicas direcionadas para a ação e não só para a tomada de consciência do problema, utiliza-se com frequência as tarefas para casa, como continuidade da sessão, visto não se restringir somente à situação terapêutica, mas à vida diária do indivíduo. Esta abordagem também é estimulante, pois permite ao paciente, fazer parte ativa do processo de reestruturação cognitiva e comportamental. Os objetivos gerais e os métodos do modelo aplicado da TCC, revelam uma grande taxa de sucesso e demonstram diversificadas vantagens nestes casos, pois tais técnicas tendem a ser objetivas, concretas e operacionalizadas (claramente definidas e observáveis) nos diferentes níveis do comportamento e da experiência pessoal (Wright, et. al., 2014).

As minhas expetativas quanto ao acompanhamento do individuo com depressão passam prioritariamente por estabilizar os níveis de ansiedade e consequentemente aumentar os níveis

de confiança e auto-estima, assim como, estimular as memórias positivas levando à concretização de tarefas e objectivos reais de modo a que estes se tornem alcançáveis para que não desista face às primeiras dificuldades ou insucessos. Com o avançar do acompanhamento será possível abordar os processos psicoemocionais mais profundos e estruturais associados à depressão.

Foi um desafio acompanhar esta paciente, pelas características que o seu quadro clínico apresentava, uma vez que, também me identifico com as técnicas que teriam de ser aplicadas neste caso.

Também aprendi que esta depressão poderá ser recorrente, pois este episódio despoletou devido à morte da irmã que a APM poderá ter sentido como um abandono, à sua doença que poderá ter sido sentida como falta de controlo sobre a sua vida e o questionamento da sua verdadeira independência. Provavelmente a APM irá voltar a sentir os sintomas depressivos cada vez que perceber o abandono de alguém. Os seus relacionamentos não chegam a ser desenvolvidos para evitar o abandono. Quando vamos tratar estes sintomas com uma só teoria e terapia não vamos chegar provavelmente à raiz do problema, e o indivíduo poderá voltar a entrar em depressão. Possivelmente esta depressão não teve origem somente nas causas do pedido de ajuda, mas, com o episódio vivenciado recentemente pela perda da irmã, e pela sua história de vida em que nos foi perceptível vários episódios de abandono, acreditamos que tenha sido esta a causa que a levou à descompensação emocional.

Para este caso defendemos o esquema de abandono com base na frustração vivenciada pela APM demonstrada pela desconexão e rejeição familiar. Este esquema do abandono é baseado na teoria desenvolvida por Young (2008). Estes esquemas têm origem na infância e são construídos devido a uma educação desadequada ou mal direccionada. Depois de formados, dificilmente por nós próprios, temos capacidade para os desconstruir, sendo necessário a ajuda de um técnico profissional de psicologia, visto que na maioria das vezes são sentimentos inconscientes.

A aprendizagem que fiz neste acompanhamento fez-me refletir que os pedidos de ajuda muitas vezes apresentados não nos dizem a verdadeira causa da depressão. Fiquei com o desejo de investir na minha formação sobre esta área querendo estar apta a conseguir chegar à verdadeira origem dos problemas.

O acompanhamento do nosso segundo caso consiste num luto patológico. Boelen (2015) refere que o processo de luto varia consoante a faixa etária em que o indivíduo se encontra e o tipo de vinculação. Ficar parado em uma fase do luto sem a conseguir ultrapassar é o que

Parker (1998) descreve como a fase em que o luto permanece não resolvido ao longo do tempo, por vezes durante vários anos, interferindo no estado emocional da pessoa e condicionando significativamente a sua vida.

MPL encontrava-se deprimida, isolada, apática e com ideação suicida muito elevada. Nas fases do luto MPL encontrava-se presa à fase do desespero (Parker, 1998), a paciente é uma mãe que vive a morte do filho como se revivesse esse momento todos os dias há mais de 23 meses. Vai ao cemitério com muita frequência pois refere que estar ali é estar mais perto do filho e que falar com ele a faz sentir mais calma. Vive para o filho morto e o único objetivo que tem é “*ir para o pé dele*” (sic). No primeiro contato com a MPL, observamos que esta encontrava-se com labilidade emocional ao nível do desespero. No agir foi essencial o escutar, tal como, Wright, Basco e Thase (2006) defendem, que devemos despir-nos de nós, ouvir sem julgar, e colocarmo-nos na pele do paciente.

Neste caso a nossa prioridade passou por baixar os níveis de ansiedade da MPL uma vez que se encontravam no ponto mais agressivo. Perante isso, nas primeiras sessões utilizamos a técnica do relaxamento de Knapp (2007). Nesta situação a intervenção era urgente e teria de ser rápida, passava por uma estruturação e psicoeducação, e consequentemente uma reestruturação cognitiva. A literatura diz-nos que estes pacientes correm um risco acrescido de suicídio (Barroso, 2008; Perissinotto, Stijacic & Covinsky, 2012).

A partir do momento em que conseguimos estabilizar a MPL, aplicamos a teoria da exposição ao estímulo doloroso, que consiste na despedida da pessoa amada segundo estes autores (Knapp, 2007; Wright, Basco & Thase, 2006). Pudemos comprovar que esta técnica teve efeito positivo nesta paciente, que reagiu de forma adequada, verificando-se a sua disponibilidade emocional para conseguir despedir-se do filho e verbalizar dos seus pensamentos. Após este acontecimento existiu um reprocessamento da informação com consequente alteração do pensamento e do comportamento, que veio a ser comprovada pela redução do número de vezes que a MPL ia ao cemitério.

Após estas sessões emocionalmente mais intensas, aplicamos o modelo das 4 tarefas sugerido por Worden (2002), 1) aceitação da realidade da perda; 2) em trabalhar a dor do luto; 3) adaptação a um ambiente no qual a pessoa falecida está ausente; 4) recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida e continuar a viver. Conseguimos com isso diminuir os sintomas depressivos, aumentar a auto estima, amenizar o desejo de morrer e orientar o paciente a reestruturar e regressar à sua vida (Jorden, 2014).

Talvez o tempo que se proporcionou para chorar acompanhada, e o facto de não se ter sentido julgada, tenha sido o ponto-chave para uma nova perspetiva de vida.

No entanto esta abordagem também tem limitações. Para o sucesso da mesma é necessário que o paciente se envolva, se comprometa e seja persistente. Esta dinâmica pode ser dificultada por o paciente não estar cognitivamente disponível para aceitar este método de intervenção. Sair da zona de conforto, ao abordar situações que causam ansiedade ou angústia (Beck & Alford, 2011), é um trabalho difícil, exige mudança de pensamento, e mudança gera sofrimento. No entanto, quando o paciente se disponibiliza a enfrentar esta situação a literatura revela que os resultados são consistentes e duradores (Beck, 2005). Marques (2011) diz-nos também, que se a psicoterapia e os antidepressivos forem associados ao tratamento da depressão (sintoma), o efeito de melhoria poderá ser mais significativo.

Uma das minhas maiores aprendizagens passou por ter de lidar com as minhas dificuldades emocionais. Devido à intensidade emocional apresentada neste caso foi complicado gerir as minhas emoções. O facto de eu também ser mãe, foi quase impossível não me identificar com esta dor. No entanto sei que terei de aprender mais sobre as minhas vulnerabilidades de maneira a conseguir acompanhar estes casos com a maior isenção possível (o que prevejo que não seja fácil). Nutri um verdadeiro desejo de procurar as técnicas mais adequadas para este caso no entanto na altura da sua aplicação senti alguma insegurança. Este sentimento veio a dissipar-se com o *feedback* da supervisora e da orientadora de estágio curricular e após a verificação do efeito pretendido, que era o reprocessamento da informação dolorosa e a extinção de comportamentos patológicos repetitivos.

Foi uma área em que gostei bastante de me envolver, embora saiba as minhas limitações.

No futuro gostaria de tirar uma especialidade na área do luto. Sendo o luto uma vivência inevitável era espectável que se pudesse tratar deste assunto sem tabus. Seria interessante existir mais divulgação sobre as fases e processo do luto de modo a ser melhor entendido como um acontecimento natural da nossa vida. No meio académico este tema aborda-se de uma maneira muito superficial. Na minha opinião deveria ser um tema mais valorizado, devido à especificidade das manifestações psíquicas e físicas. Estas manifestações tendem a agravar-se nos adultos mais velhos.

Tomei conhecimento de uma técnica designada por *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (Shapiro, 2001), que demonstra resultados bastante promissores no reprocessamento da memória traumática. Esta formação de creditação europeia será um dos objectivos que pretendo alcançar.

## **Conclusão**

No culminar de 4 anos de aprendizagem, foi possível colocar a teoria em prática, no serviço Psiquiatria do HSM, através do trabalho efetuado no estágio académico com uma população maioritariamente de adultos mais velhos.

De salientar que tanto a nossa orientadora da instituição, como todos os técnicos que desempenham funções nesse serviço, foram fundamentais neste processo

As expectativas que criámos em relação ao estágio eram bastante altas, uma vez que a nova experiência iria-nos possibilitar o contato e a intervenção direta com esta população específica. Na fase inicial do acompanhamento foram sempre colocadas questões: “como vou reagir perante uma situação difícil?” ou “será que vou ser capaz?”, mas com o passar do tempo, a supervisão, e as aulas de seminário de estágio, dissiparam-se todas essas incertezas. Este apoio foi bastante útil para que estas dificuldades fossem ultrapassadas.

De forma a conciliar a componente teórica com a prática, levou-nos a desenvolver novas competências, o que requereu um grande empenho, contudo sem esta dedicação o desfecho final não teria sido tão positivo.

Durante o processo de observação e intervenção, fomos procurando literatura onde nos pudessemos apoiar para um melhor acompanhamento psicológico.

O método utilizado para trabalhar especificamente com este público-alvo, perante as necessidades que nos foram reveladas, foi baseado no modelo da terapia cognitivo comportamental.

A utilização desta abordagem está em permanente atualização e constantemente sendo posta à prova para testar a sua eficácia o que nos leva a uma recorrente procura de dados atuais. Esta evolução no tratamento de situações patológicas, irá beneficiar o paciente e prestar um forte auxílio na aplicação desta técnica.

O contexto exigia uma intervenção mais incisiva, assertiva e rápida

Conhecendo as características inerentes nesta população de adultos mais velhos, não podemos deixar de mencionar que constituíram um desafio. Por um lado, lidávamos com a nossa imaturidade profissional e o receio de errar, por outro, fatores como a idade, a resistência à mudança e o facto de estes indivíduos precisarem de ser ouvidos levando-os assim a não querer terminar a sessão no tempo previsto.

Sabemos que se trata de uma população marcada pelos acontecimentos de vida onde determinadas vezes se conjugam com algumas dificuldades económicas, solidão entre outras. Muito embora seja uma população que apresenta uma baixa autoestima, há todo um conjunto

de vivências e valores que deviam ser transformados em grupos de sabedoria. Temos consciência que ainda existe muito trabalho que pode ser desenvolvido com esta população. Técnicos e profissionais de saúde podem ter um papel mais ativo, no sentido de não só ajudar a população mais velha a entender que a idade não os tornou desnecessários, como também na sensibilização da população mais jovem, para o dever moral e cívico de respeito perante a população mais velha

Sendo uma população, que de um modo geral, revela grandes carências a vários níveis, deveriam existir mais infraestruturas capacitadas e direccionadas, com o objetivo de lhes proporcionar qualidade de vida. No entanto, nem sempre são disponibilizadas as infraestruturas adequadas, assim como os recursos necessários.

Foi com esta situação, que nos deparamos com as nossas maiores dificuldades logísticas e com os diversos obstáculos que nos impediram de concretizar alguns objectivos a que nos tínhamos proposto, acabando pelo projeto inicial ser indeferido.

Sentimos vontade de fazer mais, mas a limitação e disponibilidade de pessoal especializado foram uma barreira impossível de ultrapassar. O espaço físico não estava preparado para abraçar novos projetos, talvez se houvesse mais tempo para organização e mais perseverança da nossa parte, até pudéssemos ter conseguido avançar com este plano de intervenção grupal.

Pessoalmente senti alguma dificuldade em gerir a recusa com base em motivos que eu não considerei suficientemente válidos. Este sentimento de impotência perante a situação, desenvolveu em mim uma maior tolerância e a capacidade em adaptar-me a novas situações que não estavam inicialmente previstas. O facto de não termos conseguido superar algumas dificuldades, não nos fez desistir mas levou-nos a criar outra estratégia. Esta aprendizagem e o sentimento de que esta população não deveria ser prejudicada por causa de falta de espaço ou de falta de pessoal, fez com que investíssemos no desenvolvimento de outro projeto, tendo em conta as condições necessárias para a viabilidade do mesmo.

Apesar de não ter um carácter tão objetivo e tão direto, tivemos a pertinência de trabalhar algumas informações importantes, que para nós faziam todo o sentido e que teriam sido trabalhadas no projeto de grupo inicialmente idealizado.

Revelou-se assim uma experiência enriquecedora e repleta de momentos de aprendizagem, investigação e reflexão acerca das problemáticas da população-alvo.

Sentimos que a psicologia no Sistema Nacional de Saúde, ainda é muito pouco reconhecida como agente facilitador, ou, de ajuda concreta. No entanto, não quero deixar de

frisar todo o apoio, empenho e dedicação que os profissionais disponibilizam diariamente a esta população.

Por fim, gostaria de felicitar toda a equipa de gerontopsicologia, médicos psiquiatras e enfermeiros da unidade, que fazem parte desta equipa.

Tornou-se uma tarefa difícil tentar descrever num número limitado de páginas, as experiências e aprendizagens que vivenciei no decorrer do estágio académico, que em muito contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, assim como, todo o acompanhamento que tive da parte de todos os envolvidos neste projeto, aos quais não tenho palavras suficientes para agradecer.

### **Considerações Finais**

Este trabalho não teria sido possível se não fosse estabelecido um protocolo entre a Universidade Autónoma de Lisboa e o Hospital de Santa Maria, pelo que agradeço a ambas entidades esta oportunidade.



## Referências bibliográficas

- Almeida, S., Fornelos, M. & Silva, L. C. (2003). Não quero brincar: A avaliação psicológica e diagnóstica em saúde mental infantil. *Análise Psicológica*, 21(1), 77-83.
- Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 25(6), 350-358.
- American Psychiatric Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>a</sup> ed.). Londres, Inglaterra: New School Library.
- American Psychiatric Association (2013b). Persistent Complex Bereavement Disorder. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>a</sup> ed.) (pp.783-792). Londres, Inglaterra: New School Library.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Antunes, B. A. (2008) *Efeito da eletroconvulsoterapia sobre sintomatologia psiquiátrica e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina: Rio Grande do Sul, Brasil. Retrieved from <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15381/000680778.pdf?sequence=1>
- Apóstolo, J. L. (2012). Instrumentos de Avaliação Geriátrica. Retrieved from <http://pt.scribd.com/doc/111596286/18/Escala-Geriatria-de-Depressao-GDS>
- Araújo, F. L., & Carvalho, V. (2005). *Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice*. *Revista de Humanidades*, 6(13), 1-9.
- Araújo, L. D., Ernandez, C. C., Feijó, L. P., Luz, I., Oliveira, D. S. & Silva, J. D. (2013). Reflexão conceitual e empírica da importância dos instrumentos de entrevista inicial: Anamnese e genograma. *Anuais da VI Mostra Científica do Cesuca* 1(7), 1-12.
- Araújo, M. L. (2014). *Empatia e Aliança Terapêutica sob ótica dos Terapeutas Cognitivo-Comportamentais*. Uberlândia, Brasil: Universidade Federal.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos. *Psicologia Universidade Tuiuti do Paraná*, 4, 1 – 11.
- Barrosa, B. (coord) (2006) *Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto, Portugal: Edições Nova Gaia.
- Barroso, V. L. (2008). *Órfãos Geriátricos: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento* (Tese de licenciatura). Retrieved from [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo\\_licenciatura.php?codigo=TL0091](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0091)

- Bartling, G., Echelmeyer, L., & Engberding, M. (2008). *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart, Alemanha: Kohlhammer.
- Beck (2005). The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T., & Alford, B. (2000). *O Poder Integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Beck, A., & Alford, A. (2011). *Depressão – Causas e Tratamento*. Porto, Portugal: Artmed.
- Beck, A., Greenberg, R., & Beck, J. (1995). *Coping With Depression*. Bala Cynwyd, PA: Guilford.
- Beck, A., Rush, A., & Shaw, B. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva - Teoria e prática*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia Cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Berlinck, L. C. (2008). *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo, Brasil: Humanitas.
- Blais, M. A.-M. (2013). Treatment as usual (TAU) for depression: A comparison of psychotherapy, pharmacotherapy, and combined treatment at a large academic medical center. *Psychotherapy*, 50, 110-118.
- Bleichmar, H. (2010). Pathological mourning: Subtypes and the need for specific therapeutic interventions. *International Forum of Psychoanalysis*, 19, 204-209.
- Boelen, P. A. (2015). Optimism in prolonged grief and depression following loss: A three-wave longitudinal study. *Psychiatry Research*, 227(2-3), 313-317.
- Botega, N. J. (2012). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression (Vol. 3)*. New York, NY: Basic Books.
- Brodsky, H., Kemp, N. M., & Low, L. F. (2004). Characteristics of the GPCOG, a screening tool for cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (9), 870–874.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Kaemmer, B. & Tellegen, A. (2002). *MMPI-2, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2, Manual (3ªEd.)*. Madrid, Espanha: TEA Ediciones.

- Cabete, D. G. (2001). *O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa*. Lisboa, Portugal: ISPA.
- Canvarro, C. M. (2004). Vinculação, perda e luto: Implicações Clínicas. *Psychologica*, 35, 35-47.
- Carstensen, L. L., Edelston, B. A., & Dornbranb, L. (1996). *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2008a). *Centro Hospitalar Lisboa Norte*. Retrieved from <http://www.hsm.min-saude.pt/>
- Cordioli, A. V. (2008). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Corvo, J. C. (2015). *Parentalidade positiva e a prevenção de condutas de risco em adolescentes* (tese de Licenciatura). Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Costa, C., Aguiar & Blay (2011). A Diferenciação entre os Quadros Depressivos com Comprometimento Cognitivo e Demência nos Idosos. *Revista debates em Psiquiatria*, 2, 18-22.
- Cruz, R. C., & Ferreira, M. D. (2011). Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(1), 144-51.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico - V*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Cunha, N. A., & Fernandes, L. (2011). Comorbilidade no Idoso. In L. Fernandes, M. G. Pereira, L. C. Pinto, H. Firmino & A. Leuschner (Eds.) *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 59-62). Porto, Portugal: Artipol.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Prolonged grief symptoms and growth in the first 2 years of bereavement: Evidence for a nonlinear association. *Traumatology*, 18(4), 65-71.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Winter, E., Rucci, P., Novick, D., Pilkonis, P., & Kupfer, D. J. (2004). Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. *Psychological Medicine*, 34, 659-669.
- Delose, J. E., VanDellen, M. R., & Hoyle, R. H. (2015). First on the list: Effectiveness at self-regulation and prioritizing difficult exercise goal pursuit. *Self and Identity*, 14, 271-289.
- Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade de Lisboa (2007). *Seminário de estágio I*. Retrieved from <http://portal.ual.pt/portal/Main?Portal-1400>

- Departamento de Psicologia e Sociologia da UAL (s.d.). Regulamento de estágios académicos. Retrieved from <http://portal.ual.pt/portal/Main?Portal-1355&Application-ContentManager&target-contentdesktop&mode-load&id-89505>
- Dobson, K. (1996). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York, NY: Guilford.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. (2001). *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral Therapies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dozois, D. J. (2011). Review of 'Depression'. *Canadian Psychology*, 52(2), 142-143.
- Dutra, E. (2005). Considerações sobre significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A., Stroebe, W., Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 961-970.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming Destructive Beliefs, Feelings and Behaviors*. New York, NY: Prometheus Books.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Fabião, C., Barbosa, A., Fleming, M., & Silva, M. C. (2011). Instrumentos de Rastreio de Somatização em Geral e Perturbações Somatoformes nos Cuidados Primários. *Acta Medica Portuguesa*, 24, 439-448.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (1). Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&tlng=pt).
- Fava, M. R., Alpert, J., Balasubramani, G., Wisniewski, S., Carmin, C., & Trivedi, M. (2008). Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: A STAR\* D report. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 342-351.
- Fazenda, I. (2005). Família, coesão e diferenciação. *Revista Integrar*, 23, 3-8.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Fernandes, E., Maia, Â., Meireles, C., Rios, S., Silva, D., & Feixas, G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 285-304.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

- Ferreira, R. B., & Bottino, C. (2011). Transtornos do Humor em Idosos. *Revista Debates em Psiquiatria, 1*, 34-40.
- Feske, U., Frank, E., Kupfer, D. J., & Shear, M. K. (1998). Anxiety as a predictor of response to interpersonal psychotherapy for recurrent major depression: An exploratory investigation. *Depression and Anxiety, 8*(4), 135– 141.
- Figueira, P. R. (2005). 50 Anos de Assistencia Ensino e Investigação. *Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental*.
- Fitzgerald, J., Gayler, K. & Ryan, J. (2009). The evaluation of a brief mental health therapy initiative in primary care: is there a role for psychologists? *New Zealand Journal of Psychology, 38*(1), 17-23.
- Flint, A. J., & Rifat, S. L. (2002). Relationship between clinical variables and symptomatic anxiety in late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 292-296.
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(2), 40.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198.
- Freud, S. (1974). Luto e melancolia. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (14<sup>th</sup> ed.) (pp. 277-278). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Galhordas, J. G. (2000). *O Adolescente que faz uma tentativa de suicídio e o seu processo de Autonomia*. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar Subjectivo – fatores Cognitivos, Afetivos e Contextuais*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Gallo JJ, G. J. (1999). *Depression and other mood disorders in: Twenty common problems in geriatrics*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Geczy, B., Sultenfuss, J. F., & Donat, D. C. (1990). Psychologists in state mental hospitals: Problems and recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(5), 392-397.
- Gelder, M., Mayou, R., & Cowen, P. (2003). Review of Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry, 3*, 100-101.
- Gonçalves, D. C. (2009). Assessment of depression in aging contexts: General considerations when working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(6), 609-616.

- Gonçalves, Ó. F. (1990). *Terapia Comportamental*. Porto, Portugal: Jornal de Psicologia.
- Gouveia, J. d., & Alves, V. (2002). *MMPI - Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota*. Lisboa, Portugal: Instituto de Psicologia Aplicada e Formação.
- Graham, J. R. (1987). MMPI: Guía práctica. México: El Manual Moderno
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Gunn, W. B. (2009). Primary care mental health: a new frontier for psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65(3), 235-252.
- Gusmão, R. D. (2005). *Depressão: deteção, diagnóstico e tratamento*. Portugal: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 56– 61.
- Hansson, O. R., & Stroebe, M. S. (2007). *Bereavement in late life. Coping, adaptation and developmental Influences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hathaway, S.R & McKinley, J.C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York, NY: University of Minnesota Press.
- Ho, H. C., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Finlândia: Helsinki University Printing House.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Peer Reviewed Journal* 10(2), 227-237
- Hughes, V. (2011). Shades of Grief. *Scientific American*, 304, 34-35.
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 22, 23-36.
- Jaremka, L.M., Fagundes, C.P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser J.K. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38 (8), 1310-1317.
- Jordan, A. H. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180-187.



- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1997). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Kiessling, R. (2009). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations*. New York, NY: Springer Publishing.
- Kincannon, J. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 item. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319-325.
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Knapp, P. (2007). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa, Portugal: Fim de século.
- Leal, J. P. (1996). *Psicologia clínica da saúde. Clinical health psychology*, 14(4), 589-599.
- Levenson, J. C., Wallace, M. L., Fournier, J. C., Rucci, P., & Frank, E. (2012). The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 719-729.
- Lima, A. B., Lima, D. P., Aguiar, C., & Castro-Costa, E. (2012). Transtorno Afetivo Bipolar nos Idosos. *Revista de Debates em Psiquiatria*, 2(3), 30-35.
- Lopes, P., Barreira, D., & Pires, A. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 47-57.
- Loureiro, S. R., & Romaro, R. A. (1987). A avaliação psicológica - reflexões sobre a supervisão na prática clínica. *Psicologia Clinica*, 39(4), 39-47.
- Lyons, R., & Low, P. (2009). Brief psychological therapy in primary care: the psychologist's challenge. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(1), 24-31.
- Mallon, B., & Boavida, I. (2001). *Ajudar as crianças a ultrapassar as perdas: estratégias de renovação e crescimento*. Porto, Portugal: AMBAR.
- Marcelli, D. (2002). *Estados Depressivos na Adolescência*. Rio de Janeiro, Brasil: Climepsi Editores
- Marques, L. (2011). Depressão no Idoso. In L. Fernandes, M. G. Pereira, L. C. Pinto, H. Firmino & A. Leuschner (Eds.) *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 43-49). Porto: Artipol.
- Marques Teixeira, J. (2013). *Manual da Disfunção Cognitiva na Prática Clínica*. Linda a Velha, Portugal: VVKA, Lda.

- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York, NY: Norton.
- Martins, D. G., & Junior, A. R. (2001). Psicologia da Saúde e o Novo Paradigma: novo paradigma? *Psicologia: Teoria e Prática* 3, 35-42.
- Martins, L. A. (2011). *Obesidade e Morbilidade Psicológica: Psicopatologia, Alterações da Personalidade, Auto-conceito e estratégias de coping*. Braga, Portugal: Faculdade de Filosofia.
- Mártir, L. M., Schulz, R., III, C. F., Morse, J. P., Butters, M. A., & Hinrichsen, G. A. (2008). Impact of close family members on older adults' early response to depression treatment. *Psychology and Aging*, 23 (2), 447-452.
- McDaniel, S., Hargrove, D., Belar, C., Schroeder, C., & Freeman, E. (2004). Primary Care Psychology. In S. M. R. Frank (Ed.), *Recommendations for education and training in primary care psychology* (pp. 63-92). Washington, DC: American Psychological Association Publications.
- Melartin, T. K., Rytälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., & Sokero, T. P. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 126-134.
- Moser, C. M., Lobato, M. I., & Belmonte-de-Abreu, P. (1 de Setembro/ Dezembro de 2005). Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia psiquiátrica. *Revista Psiquiátrica*, 27(3), 302-310.
- Mueser, K. T., Silverstein, S. M., & Farkas, M. D. (2013). Should the training of clinical psychologists require competence in the treatment and rehabilitation of individuals with a serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 54-59.
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- Murray, C. L., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy – Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274, 740– 743.
- Neto, F. L. (1993). Psicoterapias: abordagens actuais. In A. Cordoli (Ed), *Teoria Comportamental* (pp. 181-191) Porto Alegre, Brail: Artes Médicas.
- Neubern, M. S. (2010). O terapeuta e o contrato terapêutico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 882-897.
- Noronha, A. P. (2002). Os Problemas Mais Graves e Mais Frequentes no Uso dos Testes Psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 135-142.



- Oliveira, J. B., & Lopes, R. G. (Junho de 2008). O processo de luto no idoso pela morte de conjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221.
- Oliveira, M. D., & Werlang, B. S. (2006). Temas Em Psicologia Clinica. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3, 64-80.
- Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27(3), 249– 272.
- Paradela, E. M. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10, 31-40.
- Parker, C. M. (1998). *Luto estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, Brasil: Summus Editorial
- Peres, R. S. (2009). Therapeutic alliance in psychoanalytic psychotherapy: theoretical aspects and clinical handling. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 383-389.
- Perissinotto, C., Stijacic, C., & Covinsky, K. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 1078-1083.
- Perizzolo, J., Berlim, M., Szobot, C. M., Barros, A. F., Schestatsky, S., & Fleck, M. P. (2003). Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. *Revista psiquiatrica*, 25(2), 327-334.
- Porto, J. A. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Depressão*, 21(1), 6-11.
- Ramirez, S., Liu, X., MacDonald, C. J., Moffa, A., Zhou, J., & Tonegawa, R. L. (2015). Activating positive memory engrams suppresses depression-like behaviour. *Nature*, 522, 335-339.
- Rammey, C., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
- Rebelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos Psicológicos e Ajustamento Pessoal Frente à Incapacidade Funcional na Velhice. *Psicologia em Estudo*, 10, 403-4012.
- Rebelo, J. E. (2004). *Desatar o nó do luto*. Alfragide, Portugal: Casa das Letras.
- Rebelo, J. E. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em Luto. *Análise Psicológica*, 4(23), 373-380.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

- Rigonatti, S. P., Cretaz, E., & Aratangy, E. W. (2011). *O Estigma da Eletroconvulsoterapia. Revista Debates em Psiquiatria*, 3, 30-32.
- Roncon, M. D. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 39-53.
- Ross, E. K. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Salleh, M. A., Papakostas, I., Zervas, I., & Chistodoulou, G. (2006). Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. *Revista Psiquiatrica Clinica*, 33(5), 262-267.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebê*. Lisboa, Portugal: Edições Fim de Século.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebê*. Lisboa, Portugal: Edições Fim de Século.
- Salkovskis, P. M. (2005). *Fronteiras da terapia cognitiva*. SP, Brasil: Casa do psicólogo.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Santos, C. B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa - Relação Terapêutica e Processo de Mudança. Retrieved from [http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2\\_ficheiros/Santos.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf)
- Sene-Costa, E. (2006). *Universo da Depressão*. São Paulo, Brasil: Editora Ágora.
- Serviço Social do Hospital de Santa Maria. (2014). Serviço de Psiquiatria. Retrieved from <http://www.hsm.min-saude.pt/Default.aspx?tabid=1625&MenuActive=ServSoc>
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Second Edition: Basic principles, Protocols, and Procedures* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Sharp, K. L., Williams, A. J., Rhyner, K. T., & Ilardi, S. S. (2013). *The clinical interview*. Lawrence, KS: Edited Book.
- Silva, C. (2009). *Depressão, o silêncio da alma*. São Paulo, Brasil: Naós Ltda.
- Silva, M. D., & Alves, J. F. (2012). O Luto em Adultos Idosos: Natureza do Desafio Individual e das Variáveis Contextuais em Diferentes Modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(2), 588-595.
- Simões, M. R. (1998). *Avaliação Psicológica e Diagnóstico*. *Psychologica*, 9(3), 43-82.
- Small, E. M., Burke, A. L., & Collins, K. L. (2015). An Investigation of Psychology Staffing in Australian Metropolitan Acute Public Hospitals. *Australian Psychologist*, 50, 86-94.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-71.

- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Teixeira, J., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde, Contexto e Intervenção. *Análise Psicológica*, 4(8), 453-458.
- Vasco, A., Santos, O., & Silva, F. (2010). Psicoterapia Sim! Eficácia, Efectividade e Psicoterapeutas. *Encontros com a Psicologia*. Portugal: Universidade de Évora.
- Veríssimo, A. C. (1998). *Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais - Escala da Depressão Geriátrica*. Porto: Portugal: Universidade do Porto.
- Veríssimo, A. C. (2007). *A Importância da Aliança Terapêutica no Acompanhamento Psicológico*. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0347.pdf>
- Vieira, R. (2011). Avaliação Cognitiva do doente com Queixas Cognitivas: Perspectiva do Psiquiatra. In A. Botelho, A. R. Silva, C. Garrett, C. Pontes, C. Paúl, F. Pinto... A. Leuschner (Eds.) *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 95-98). Águeda, Portugal: Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria.
- Vieweg, W. V., Julius, D. A., Fernandez, A., Beatty-Brooks, M., Hettema, J. M., & Pandurangi, A. K. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *The American Journal of Medicine*, 119, 383-390.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). A family systems perspective on loss, recovery and resilience. In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.) *Working with the Dying and the Bereaved* London, England: MacMillan Press Ltd.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Roper, D. W. (1998). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 882- 892.
- Wolpert, L. (2000). *A psicologia da depressão*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Worden, J. (1991). *Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner* (2<sup>nd</sup> ed.) London, England: Routledge.
- Worden, W. J. (1998). *Terapia no Luto e na Perda - Um Manual para Profissionais de saúde Mental*. Porto Alegre, Brasil: Artes M&édicas.
- Worden, W. J. (2002). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner*. New York, NY: Springer.
- Wright, A. G., Hallquist, M. N., Swartz, H. A., Frank, E., & Cyranowski, J. M. (2014). Treating co-occurring depression and anxiety: Modeling the dynamics of psychopathology and psychotherapy using the time varying effect model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 839-853.

- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Wright, J., Beck, A., & Thase, M. (2003). *Cognitive Therapy*. American Psychiatric Publishing, 27, 154-159.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Métodos comportamentais I - Melhorando a energia, concluindo tarefas e solucionando problemas*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras* (pp. 17-69). Brasil, Porto Alegre: Artmed.  
Retrieved from [http://www.larpsi.com.br/media/mconnect\\_uploadfiles/c/a/cap5.pdf](http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap5.pdf)
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 8, 67-74.

## Anexos

### Anexo A - Cronograma

Cronograma

	Tempo em Trabalho de Estágio											
Actividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	
Formações												
Reuniões Gerais de Psiquiatria												
Reuniões da Unidade de Psiquiatria												
Observação de Acompanhamentos e Avaliações Psicológicas												
Projecto "Promover a Sociabilidade"						Avaliação	Não foi possível realizar			Avaliação		
Idealização e realização do Flyer informativo												
Acompanhamento Individual (Caso 1)												
Acompanhamento Individual (Caso 2)												

## Anexo B - Resumo das formações

<b>Data</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve resumo</b>
21 de Setembro	Dr. <sup>a</sup> . Filomena Sousa / Dr. <sup>a</sup> Ana Luísa	Psicoterapia Interpessoal	Explicação sobre a história da psicoterapia breve, quais os objetivos e em que contexto esta abordagem pode ser aplicada
24 de Setembro	Dr. Tiago Mendes	Neuropsicologia	Perceber quais as áreas onde a Neuropsicologia se insere. Quais os objetivos da neuropsicologia e os testes que existem para a população portuguesa.
25 de Setembro	Dr. Filipe Barbosa	Abordagens Psicoterapêutica de Orientação Psicodinâmica	Definição de conceitos básicos relacionados com a psicanálise. Referência a vários autores importantes da área
26 de Setembro	Dr. Samuel Pombo	Psicoterapia Cognitivo-Comportamental - Consulta de Comportamentos Aditivos Alcoolismo e Toxicodependência	Aplicabilidade da C.C nos comportamentos aditivos, quais as formas de intervenção. Explicação breve de como funciona a desintoxicação.
27 de Setembro	Dr. <sup>a</sup> Carla Almeida	Avaliação Psicológica	Breve resumo dos testes aplicados na avaliação psicológica e em que contextos é que é pedida uma avaliação psicológica.
28 de Setembro	Dr. <sup>a</sup> Teresa Fialho	Hospital de Dia; Psicoterapia Breve	Explicação dos objetivos do Hospital de dia, esclarecimento sobre as várias temáticas que o Hospital de Dia realiza (exemplo: musicoterapia, relaxamento, manha desportivas,) breve explicação de como a Psicoterapia breve pode ser aplicada.
1 de Outubro	Dr. <sup>a</sup> Ana Ferro	Equipa de Ligação	Explicação de como a equipa atua no hospital.
2 de Outubro	Dr. <sup>a</sup> Tânia Munõz	Equipa de Intervenção Comunitária e Unidade de Projeto	Aplicabilidade da equipa no desenvolvimento de competências sociais, e o processo de reabilitação, formação e integração socioprofissional.
3 de Outubro	Dr. <sup>a</sup> Filipa Menezes	Equipa de Internamento	Especificação sobre algumas patologias e populações- alvo em internamento
	Dr. <sup>a</sup> Lara Castro	Equipa de Intervenção nas Perturbações do Comportamento Alimentar	Definição de alguns conceitos básicos como bulimia e anorexia e as suas especificações. Breve consulta com uma adulta anoréctica,

			para percebermos como é formatado o pensamento.
4 de Outubro	Dr. <sup>a</sup> Ema Neves	Núcleo de Estudos do Suicídio e Unidade de Dia de Adolescentes	Explicação de como funciona a triagem dos adolescentes em risco e quais as formas de abordagem.
	Dr. <sup>a</sup> Odete Vieira	Consulta de Gerontopsiquiatria	Explicação de conceitos relacionados com a gerontologia e quais os testes aplicados à população idosa.

## Anexo C – Reuniões Clínicas Gerais

<b>Tema</b>	<b>Resumo</b>
Mutismo seletivo em crianças e adultos	Diagnóstico, as suas características, prevalência, evolução e diagnóstico diferencial.
Revisão de artigo científico	Equipa da unidade de Jovens e Adolescentes
Biobanco  2 Sessões	Esclarecimento dos objetivos do Biobanco (promover a investigação biomédica básica, clínica com o objetivo de contribuir para um melhor conhecimento dos mecanismos das doenças, para o desenvolvimento de novos testes de diagnóstico e de prognóstico)quais as infraestruturas existentes, o equipamento existente, os colaboradores e breve descrição do protocolo de colheitas das amostras.
O lugar da psiquiatria nas neurociências	A história da psiquiatria, vantagens da neuro-imagem, estudos sobre o efeito da psicoterapia no cérebro.
Caso Clínico	Obsessivo-compulsivo “Uma casa cheia de sacos”
DSM-V – o novo manual 2 Sessões	Discussão sobre os novos critérios de inclusão do DSM-V e sobre a confiabilidade do manual.
Caso Clínico	Depressão Catatónica “Um amor sem volta”
Apresentação de estudo	O governo pediu ao HSM, aos diretores de serviço de psiquiatria para fazerem um estudo sobre Crise versus Suicídio, ou seja, queriam saber se devido à crise económica instalada no país, teria havido um aumento de suicídio, e se isso poderia ser uma consequência da crise.
A relação entre a canábis e a psicose	Definição de psicose, apresentação de estudos sobre a relação que existe entre a canábis e a psicose.  Discussão sobre o aumento dos casos de consumo entre estudantes de medicina.
Revisão de artigo científico	Equipa do Hospital de dia.
Caso Clínico	Esquizofrenia “Um caso de mãe e filha”



## Anexo D – Internamento, Casos Clínicos debatidos nas reuniões


<b>Identificação</b>	<b>Problema</b>	<b>Sintomatologia</b>	<b>Diagnóstico<sup>7</sup></b>	<b>Intervenção Terapêutica</b>
M.C. Sexo feminino, 48 anos, divorciada.	M.C. é internada no serviço decorrente de ideias suicidas.	Discurso desorganizado; Ideias delirantes; Alucinações auditivas; Retraimento; Ideação suicida; Ansiedade.	A doente preenche os critérios do DSM-IV-TR para o diagnóstico de Esquizofrenia paranoide	A doente encontra-se a fazer terapêutica em contexto de internamento
R.C. 35 anos, Empregada de Limpeza, Solteira	R.C. é internada no serviço decorrente de humor deprimido com ideação suicida.	Discurso desorganizado; Ideação suicida; Alucinações auditivas; Indiferença; Autodestrutividade.	A doente preenche os critérios do DSM-IV-TR para o diagnóstico de Esquizofrenia paranoide	A doente encontra-se a fazer terapêutica em contexto de internamento
M.M. sexo feminino, 57 anos, reformada, casada	M.M é internada no serviço decorrente de ideias suicidas	Falta de objetivos; Falta de motivação para as coisas; Impulsividade (gastos); Manipulação emocional; Disrupções coléricas.	A doente preenche os critérios do DSM-IV-TR para o diagnóstico de Perturbação Borderline major, com traços histriónicos da personalidade	A doente encontra-se a fazer terapêutica em contexto de internamento
I., sexo feminino, 30 anos, solteira.	I. é internada no serviço trazida pela PSP, devido a um quadro de grande agitação motora e desinibição na faculdade.	Instabilidade afetiva; Alucinações auditivas, Ideias delirantes; Irritabilidade; Baixa tolerância à frustração; Ansiedade; Cólera; Atos de violência.	A doente preenche os critérios do DSM-IV-TR para o diagnóstico de Esquizofrenia paranoide	A doente encontra-se a fazer terapêutica em contexto de internamento

<sup>7</sup>

Os diagnósticos aqui presentes, estavam descritos no processo que acompanhava o doente.

J.P. 75 anos, casado, reformado.	J.P é internado no serviço decorrente de humor deprimido com tentativa de suicídio	Humor deprimido; Isolamento; Ideias suicidas; Ideias de ruína; Insónias; Anedonia; Fadiga; Lentificação psicomotora.	O doente preenche os critérios do DSM-TV-TR para um quadro depressivo recorrente	O doente encontra-se a fazer terapêutica em contexto de internamento
T.B, sexo masculino, 24 anos, desempregado.	T.B, vem ao serviço, sendo trazido pelo INEM, por intermédio de uma tia.	Alucinações acústico-verbais; Ideação delirante de prejuízo; Alterações dos limites do Eu, Intuição delirante.	O doente preenche os critérios do DSM-IV-TR para um diagnóstico de esquizofrenia esquizofreniforme.	O doente encontra-se a fazer terapêutica em contexto de internamento.

## Anexo E - Cartão de Consultas

 HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

---

# Consulta de Psicologia

Dra. Odete Vieira

---

**Estagiárias:**  
*Ana Rute Conrado*  
*Cláudia Marina Rodrigues*

Nº Processo:

NOME: \_\_\_\_\_

Próxima consulta

[illegible]

## Anexo F – Projeto de Grupo

### Projeto

#### Grupo de Gerontopsicologia

Somos estagiárias do último ano de mestrado de psicologia clínica, e uma das nossas funções passa pela observação de consultas de psicoterapia e, verificamos que, a maioria da população consultada está numa faixa etária acima dos 65 anos.

Começamos a sentir que 95% desta população tem necessidades que consideramos básicas. São pessoas que vivem muitas vezes sozinhas (viúvas, com conflitos familiares).

“A intervenção psicológica grupal pode proporcionar aos idosos uma rede de suporte e apoio, um espaço acolhedor para falar sobre suas vidas, troca de experiências, melhora nos relacionamentos interpessoais, na qualidade de vida, na autoestima e autoconfiança, bem como a diminuição de sentimentos de impotência e solidão” (Kaplan & Sadock, 1997). Além disso, pode aumentar a autoestima e autoconfiança, diminuir os sentimentos de impotência, raiva, melhorar os relacionamentos interpessoais, e melhorar a qualidade de vida na velhice (Campos A. P.).

Assim, além do acompanhamento psicológico efetuado, sentimos necessidade de dar um apoio acrescido através de uma ação de intervenção em “Saúde e Bem Estar” e em “Desenvolvimento Psicossocial”.

Ao elaborar este projeto e para confirmar essas necessidades e perceber se este plano teria impacto nesta população decidimos fazer uma entrevista semiestruturada com 3 perguntas:

- Se viesse a formar-se um grupo de apoio, com indivíduos dentro da mesma faixa etária, gostaria de vir conhecê-los e a participar no grupo? Sim Não
- Compartilharia as suas experiências de vida com esse grupo, de forma a promover o apoio entre os elementos do grupo? Sim Não
- Pensa que um grupo de apoio era uma boa alternativa de fazer amizades, conhecimentos e de se sentir menos só? Sim Não

2 questionários:

- Solidão (Para avaliação da solidão – Escala de Solidão da UCLA)

A Escala revista da original UCLA *Loneliness Scale* foi descrita e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). É de um questionário que avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma. Contem 18 itens e as respostas a cada item fazem-se numa escala tipo Likert com 4 pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4). O maior número de pontos traduz

solidão, enquanto uma pontuação baixa traduz uma maior satisfação social. (Teixeira L. M., 2010)

- Bem-estar subjetivo: Afeto positivo e negativo (PANAS-Short version); satisfação global com a vida (SWLS).

Depois de devidamente apurados estes resultados, iríamos promover algumas sessões de grupo. Cada tema selecionado foi percebido e investigado no decorrer das sessões de psicologia. Como tivemos contato com mais de 70 pacientes, conseguimos recolher dados para perceber algumas das maiores dificuldades enfrentadas por estes adultos mais velhos. Como por exemplo:

#### **Promover a sociabilidade;**

Durante a observação em estágio, das sessões de psicologia no HSM, constatámos que a maioria da população de adultos mais velhos vive nos arredores do hospital, onde decorrem as sessões de psicologia, o que não seria muito difícil o deslocamento. Verificamos também que se sentem muito sozinhos e que se deslocam à consulta para poder ver pessoas e conversar, muitos referiram que este era o momento da semana porque esperavam, pois podiam conversar. Em caso de possibilidade, uma carrinha para o transporte destes adultos mais velhos, seria o ideal.

#### **Aliviar a Solidão/Ansiedade;**

Devido à idade e ao facto de a mulher precisar de trabalhar, os idosos ficam muitas vezes esquecidos “abandonados”, deixa de haver tempo para visitar os “avós” e mesmo de falar e partilhar a vida, o que os faz sentirem-se sozinhos e sentirem solidão. Esta foi outra das variáveis que constatamos no decorrer das sessões.

#### **Valorizar as competências, vivências e histórias de vida;**

Estas pessoas são muito ricas nas suas histórias de vida, e muitas vezes são “mandadas” calar pois já se estão a repetir, ou as experiências de vida deixam de ter interesse, e sentem-se desvalorizadas e desatualizadas, o que as faz sentirem-se sem interesse e sem valor.

#### **Medida de melhor adesão à medicação;**

A medicação nos idosos é fundamental, não só para a demência mas também para a depressão. Verificamos que quase todos estes doentes fazem como terapêutica um antidepressivo e um indutor do sono. Sabemos que uma boa higiene de sono melhora significativamente a vida desta população, tendo também em conta que quanto mais se vai envelhecendo menos se vai dormindo, mas o mais importante é dormir bem. Daí pensamos em fazer uma sessão em que promoveríamos a importância da adesão à farmacologia prescrita. Segundo (Klausner & Alexopoulos, 1999) *a psicoterapia pode auxiliar no manejo*

*da dor, na adesão ao tratamento médico (...) a intervenção psicológica pode possibilitar a utilização de doses menores de remédios”.* (Campos A. P.)

### **Importância da alimentação saudável para esta faixa etária;**

Muitas vezes estes idosos não se alimentam convenientemente, devido ao facto de estarem sozinhos e não terem paciência para cozinhar só para si, ou por vezes não têm condições financeiras para comprar comida saudável. Verificamos também que uma alimentação pobre em vegetais, peixe e carne, contribui para um aumento mais rápido da demência (Reuther, Nie, Meijers, Halfens, & Bartholomeyczik, 2013).

### **Aliviar os conflitos familiares e as relações interpessoais**

Ajudar a compreender que muitas vezes os filhos fazem o melhor que podem e que a sociedade hoje em dia exige, e como tal, em vez de esta população culpar os filhos de abandono, tentar fazer com que as coisas sejam colocadas de uma forma mais positiva, mostrando uma nova perspectiva de vida familiar e promover a compreensão.

### **Aumento da autoestima;**

A diminuição da autoestima nesta faixa etária é muito habitual, são desvalorizados pela família, vistos como ultrapassados, verificamos que estas pessoas não sentiam necessidade de se auto valorizar

### **Informar, esclarecer e atualizar a população idosa (medo).**

Promover a visita de uma autoridade policial para poder esclarecer esta população, quanto ao cuidado com estranhos, segurança em casa (portas e janelas) e contatos

### **Programa de Intervenção:**

Achamos pertinente, realizar um grupo de interajuda a esta população, 1 vez por semana.

Cada reunião de grupo permitirá recolher os pontos de vista dos participantes em relação a um determinado tema, possibilitando a observação da interação no grupo (Morgan, 1997). Isto permitirá ajudar a perceber a opinião e crenças que os idosos têm sobre estes temas que os afetam e, simultaneamente, a imagem que os idosos têm de si.

Estas reuniões serão dedicadas aos vários temas acima descritos, ou a algum tema sugerido por algum elemento do grupo.

Embora não muito complexa, a técnica pressupõe a presença de uma equipa de dois investigadores: o moderador e um assistente.

Sendo “o moderador a peça mais importante do grupo focal” (Dias, 1999: 4). O moderador assume o papel de facilitador do grupo, cabendo-lhe a tarefa de explicar de forma clara o trabalho a ser desenvolvido e manter o fluxo do discurso e centrado no tópico. Ao assistente cabe a responsabilidade de tomar notas detalhadas do que acontece na sessão grupal

(Kruger, 1998) como o tom de voz, expressões faciais, clima de grupo e opções de cada elemento.

Inicialmente farão parte deste grupo doentes acima de 65 anos que frequentam a consulta de psicologia do HSM – gerontopsicologia.

Primeiramente será feita uma entrevista, 2 questionários e verificação da pertinência do projeto.

O grupo aberto iniciará com 8 elementos podendo aumentar até 12 conforme a necessidade e os pedidos.

Será feito um pedido para se utilizar sala de aulas do piso 1.

Os grupos terão a duração de 90 min, sendo divididos por:

10 minutos para chegada, apresentação;

60 minutos para exploração do tema;

10 a 20 minutos para conclusão/ dúvidas e despedida.

Dias e horários a combinar com a disponibilidade da sala e com a devida autorização do diretor de serviço.

Este projeto terá a duração de 3 meses (Março, Abril e Maio) com 13 encontros de grupo. No mês de Julho faremos um relatório com os resultados esperados e os obtidos.

Caso este projeto ultrapasse os objetivos propostos, poderá ter continuidade.

## Anexo G – Flyer Informativo

A informação contida no *Flyer* passa por: a) uma melhor adesão à medicação (estratégias para não esquecer), b) melhor alimentação (que alimentos deverá ingerir que melhoram a capacidade de memória), c) saber selecionar alimentos saudáveis, d) receitas básicas, rápidas e fáceis, e) contatos úteis e f) informação sobre atividades que existem para esta faixa etária em especial, bem como os locais centrais onde as poderá exercer (Faculdade Sénior, Hidroginástica, Ocupação Manual, Passeios em Grupo).

<p>pode continuar a aproveitar a vida...</p>  <p>Vá atrás do que o faz FELIZ Não importa o que os outros digam O importante é o seu SORRISO O importante é sentir-se BEM</p>	<p><b>Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.</b></p> <hr/> <p><b>Tomar a medicação é muito importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porque, tomar a medicação vai ajudar a voltar á sua vida normal;</li><li>• Ao tomar a medicação, terá menos recaídas e menos hospitalizações;</li></ul> <p><b>QUANDO SE SENTIR MELHOR:</b> <b>NÃO PARE de tomar a medicação</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Beber 200 ml de água</b> (um copo cheio) o efeito do medicamento será mais rápido.</li></ul> <p><b>E PARA NÃO SE ESQUECER:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Coloque todas as caixas dos medicamentos numa caixa (tipo caixa de sapatos) para melhor os identificar;</li><li>♦ Existem caixas de comprimidos com compartimentos para dividir doses por dia da semana. (Farmácia, drogarias e lojas dos chineses);</li><li>♦ Coloque lembretes em toda parte: no frigorífico, na casa de banho, na mesa de cabeceira, na porta da rua. Quanto mais lembranças, melhor;</li><li>♦ Coloque o despertador para a hora da medicação ou um alarme no telemóvel.</li></ul>
--	---



**E para se sentir melhor...**  
**O que poderá fazer e Onde**

**Universidade Sénior**

**Dança**

**Hidroginástica**

**Caminhar/ Passeios**

Onde pode fazer estas actividades

**Universidade Sénior de Benfica** / Telefone: 217 145 364

**Universidade Sénior dos Anjos** (USENA).

Actividades: Cantares Populares, Danças de Salão, Expressão Energética, Grupo de Cavaquinhos, Museologia, Teatro e Trabalhos Manuais e Tapeçaria. Telefone: 218 160 970 - 967 876 346

**Universidade da Terceira Idade do Lumiar**

Actividades: Bordados Tradicionais: Ginástica; Yoga

Telefone: 217 541 350

**Ginásio Clube Português Lisboa**

Actividades: Dança de salão, Flamenco, Tango argentino, Pilates, Hidroginástica e coro. Telefone: 21 384 15 80

**Piscina Municipal de Campo de Ourique**

Actividades: Hidroginástica, Natação livre. Telefone: 21 386 95 41

**Junta de Freguesia de São Domingos de Benfica**

Actividades: Passeios, Ateliers Informática Sénior , Aulas Yoga Sénior. Telefone: 21 724 86 10

**Contactos Úteis**

**Urgência— 112**

**Bombeiros Sapadores de Lisboa Tel. 213 422 222**

**Hospital Santa Maria - Tel.: 217 805 111 / 000**

**Hospital S. Francisco Xavier - Tel.: 213 000 300**

**Hospital São José - Tel.: 218 810 475**

**Táxis: Tel.: 217 932 756**

**Tel.: 218 111 100**

**Dispõe de táxis com acesso a cadeira de rodas.**

**Linha de apoio ao Idoso - Tel.:800 20 35 31 (grátis)**

**SOS Voz amiga - Tel.: 213 54 45 45 /800 202 669**

**Centros de Saúde - URGÊNCIAS SAP**

**Benfica Tel.: 217 140 607**

**Lapa Tel.: 213 952 114**

**Lumiar Tel.: 217 573 121**

# Anexo H - SCL-90

Iniciais do doente

APH

nº

Data desta observação

19 03 2013

Avaliação nº

SCL - 90

Instruções: Leia atentamente cada frase, decida qual das respostas se aplica a si e então marque o espaço respectivo.

Até que ponto está atingido por :	0	1	2	3	4
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Símo
1. Dores de cabeça		X			
2. Nervosismo ou agitação interior			X		
3. Pensamentos, palavras ou ideias indesejáveis que não largam			X		
4. Tonturas ou desmaios		X			
5. Perda de interesse ou do prazer sexual	X				
6. Sentir-se criticado pelos outros			X		
7. Ideia que alguém pode controlar os seus pensamentos	X				
8. Sentir que os outros são culpados da maior parte das suas perturbações			X		
9. Dificuldade em lembrar coisas				X	
10. Preocupações acerca de estar desmazelado ou negligente			X		
11. Sentir-se facilmente aborrecido ou irritado			X		
12. Dores no coração ou no peito		X			
13. Sentir medo nos espaços abertos ou nas ruas	X				
14. Sentir pouca energia ou sentir-se vagaroso				X	
15. Pensamentos de acabar com a vida			X		
16. Ouvir vozes que outras pessoas não ouvem	X				
17. Tremores	X				
18. Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas		X			
19. Pouco apetite			X		
20. Chorar facilmente			X		
21. Sentir-se envergonhado ou inquieto com o sexo oposto		X			
22. Sensação de ter sido apanhado numa ratoeira		X			
23. Assustar-se subitamente, sem razão		X			
24. Ter explosões emocionais que não consegue controlar			X		
25. Medo de sair de casa sozinho	X				
26. Culpar-se de coisas			X		
27. Dores de lumbago			X		
28. Sentir-se bloqueado para fazer coisas				X	X
29. Sentir-se solitário				X	
30. Sentir-se melancólico				X	

APM

	Nada	Pouco	Moderada- mente	Bastante	Muitis- simo
31. Aborrecer-se demasiado com as coisas			X		
32. Não sentir interesse nas coisas			X		
33. Sentir-se cheio de medo		X			
34. Ficar facilmente ferido nos seus sentimentos				X	
35. As outras pessoas tornarem-se sabedoras dos seus pensamentos íntimos		X			
36. Sentir que os outros não o compreendem ou são antipáticos		X			
37. Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si		X			
38. Ter que fazer as coisas lentamente para que saiam perfeitas		X			
39. Sentir o coração a bater ou a galope		X			
40. Náuseas ou indisposição do estômago		X			
41. Sentir-se inferior aos outros			X		
42. Dores nos músculos			X		
43. Sentir-se vigiado ou sentir que os outros falam de si		X			
44. Dificuldade em adormecer		X			
45. Ter que verificar e tornar a verificar tudo o que faz	X				
46. Dificuldade em tomar decisões					X
47. Sentir medo em viajar nos autocarros, metro ou comboios	X				
48. Dificuldade em respirar			X		
49. Crises de calor ou frio			X		
50. Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque elas o assustam		X			
51. Fazer-se um vazio no seu espírito				X	
52. Sentir formigueiros ou partes do seu corpo entorpecidas				X	
53. Sentir um nó na garganta			X		
54. Sentir-se sem esperança para o futuro					X
55. Dificuldade em se concentrar					X
56. Sentir fraqueza em partes do seu corpo				X	
57. Sentir-se tenso ou ansioso				X	
58. Sentir os braços e as pernas pesadas				X	
59. Pensamentos de morte ou de morrer					X
60. Comer de mais			X		



APH

	Nada	Pouco	Moderada- mente	Bastante	Muitis- simo
61. Sentir-se inquieto quando as pessoas o observam ou falam de si		X			
62. Ter pensamentos que não são seus	X				
63. Ter vontade de bater, injuriar ou prejudicar alguém		X			
64. Acordar cedo		X			
65. Ter que repetir as mesmas acções, como tocar, contar ou lavar	X				
66. Sono inquieto ou perturbado		X			
67. Ter vontade de partir ou esmagar coisas	X				
68. Ter ideias ou crenças que os outros não partilham	X				
69. Ser muito escrupuloso com os outros			X		
70. Sentir-se inquieto no meio da multidão, tal como nas compras ou no cinema	X				
71. Sentir tudo como um esforço			X		
72. Momentos de terror ou pânico	X				
73. Sentir-se desconfortável quando come ou bebe em público	X				
74. Ter necessidade de se justificar				X	
75. Sentir-se nervoso quando o deixam sozinho	X				
76. Os outros não darem o apreço devido àquilo que faz		X			
77. Sentir-se só, mesmo quando acompanhado		X			
78. Sentir-se tão inquieto que não pode ficar parado		X			
79. Sentir-se sem valor ou indigno		X			
80. Sentir que as coisas familiares são estranhas ou irreais			X		
81. Gritar ou atirar coisas			X		
82. Ter medo de poder desmaiar em público	X				
83. Sentir que as pessoas podem aproveitar-se de si, se as deixar		X			
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o aborrecem bastante	X				
85. Ideia que deve ser castigado pelos seus pecados	X				
86. Ter a sensação de ser forçado a fazer coisas			X		
87. Ideia que qualquer coisa está mal no seu corpo			X		
88. Nunca se sentir próximo das outras pessoas		X			
89. Sentimentos de culpa				X	
90. Ideia que qualquer coisa está errada no seu espírito				X	

SCL - 90: COMPUTATION OF FACTORS SCORES

ANEXO F

Somatização		Obsessões e Compulsões		Sensibilidade Interpessoal		Depressão		Ansiedade		Hostilidade	
ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE
1	1	3	2	6	2	5	0	2	2	11	2
4	1	9	3	21	1	14	3	17	0	24	2
12	1	10	2	34	3	15	2	23	1	63	1
27	2	28	4	36	1	20	2	33	1	67	0
40	1	38	1	37	1	22	1	39	1	74	3
42	2	45	0	41	2	26	2	57	3	81	2
48	2	46	4	61	1	29	3	72	0	Total	10
49	2	51	3	69	2	30	3	78	1	+6 =	1,6
52	3	55	4	73	0	31	2	80	2		
53	2	65	0	Total	13	32	2	86	2		
56	3	Total	23	+9 =	1,4	54	4	Total	13		
58	3	+10 =	2,3			71	2	+10 =	1,3		
Total	23					79	1				
+12 =	1,9					Total	27				
						+13 =	2				

Ansiedade Fóbica		Ideação Paranóide		Psicoticismo		Escalas Adicionais		Índice Geral de Sintomas	
ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM	SCORE	ITEM		Factor	Total
13	0	8	2	7	0	19	Apetite - 2	Somat	23
25	0	18	1	16	0	60	Apetite + 2	Ob-Com	23
47	0	43	1	35	1	44	Dificuldade em adormecer 1	Sens Int	13
50	1	68	0	62	0	64	Acordar muito cedo de manhã 1	Depres	27
70	0	76	1	77	1	66	Sono agitado ou perturbado 1	Ansied	13
75	0	83	1	84	0	59	Pensar na morte/que vai morrer 4	Hostil	10
82	0	Total	6	85	0	89	Sentimentos de culpa 3	Ans Fob	1
Total	1	+6 =	1	87	2	Total	14	Id Paran	6
+7 =	0,1			88	1			Psicot	3
				90	3			Adicion	14
				Total	8			Total	138
				+10 =	0,8			+90 =	1,5

Nome: A P H. Idade: 51

Data de Aplicação: 19/3/2013 Examinador: \_\_\_\_\_

obs./comp 2,3  
depressão 2  
somatização 1,9  
hostilidade 1,6

## Anexo I - Mini-Mult

### MINI- MULT QUESTIONÁRIO

NOME: APR

IDADE: 51

SEXO: M

☐

F

☒

Data de Nascimento: 08/08/61

Data do Exame: 13/05/2013

Nestas folhas encontram-se várias frases. Pedimo-lhe que responda VERDADEIRO ou FALSO a cada uma delas.

Se a sua resposta for VERDADEIRO faça um círculo à volta da palavra VERDADEIRO.

Se a sua resposta for FALSO faça um círculo à volta da palavra FALSO.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

VOLTE A PÁGINA

\*\*\*\*\*

# MINI-MULTI

1- Tenho bom apetite.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>60</u>
2- Quase sempre acordo bem disposto.	<input type="radio"/> Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>61</u>
3- A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.	<input type="radio"/> Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>62</u>
4- Trabalho num estado de grande tensão nervosa.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>63</u>
5- Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>64</u>
6- Raramente tenho prisão de ventre.	<input type="radio"/> Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>65</u>
7- Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>66</u>
8- Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir.	<input type="radio"/> Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>67</u>
9- Sofro de náuseas e vômitos.	<input type="radio"/> Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>68</u>
10- Parece que ninguém me compreende.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>69</u>
11- Às vezes apetece-me praguejar.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>70</u>
12- Tenho pesadelos quase todas as noites.	<input type="radio"/> Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>71</u>
13- Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>72</u>
14- Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	<input type="radio"/> Falso	<u>73</u>



15-Se os outros tivessem querido, concerteza eu teria tido mais sorte.	Verdadeiro	Falso	60
16- Numa certa altura da minha infância aconteceu-me roubar pequenas coisas.	Verdadeiro	Falso	61
17-Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada	Verdadeiro	Falso	62
18- O meu sono é agitado e incómodo.	Verdadeiro	Falso	63
19-Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas	Verdadeiro	Falso	63
20-A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.	Verdadeiro	Falso	64
21-Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu.	Verdadeiro	Falso	65
22-Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.	Verdadeiro	Falso	66
23-Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros.	Verdadeiro	Falso	67
24-Às vezes fico furioso.	Verdadeiro	Falso	68
25-Acho que tenho pouca confiança em mim.	Verdadeiro	Falso	69
26-Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremem duma maneira incómoda e estranha.	Verdadeiro	Falso	70
27-A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.	Verdadeiro	Falso	71
28- Sinto-me quase sempre feliz.	Verdadeiro	Falso	72
29-Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.	Verdadeiro	Falso	73



30- Tenho a impressão de que ou outros tentam prejudicar-me.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>60</u>
31- Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>60</u>
32- Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou os meus intestinos.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>61</u>
33- Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>62</u>
34- Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>63</u>
35- Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>64</u>
36- Às vezes sinto que não sirvo para nada.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>65</u>
37- Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>66</u>
38- Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>67</u>
39- Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>68</u>
40- Nunca me senti tão bem como agora.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>69</u>
41- Não me importo com que os outros pensam de mim.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>70</u>
42- Acho que tenho boa memória.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>71</u>
43- Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>72</u>
44- Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>73</u>

45-Tenho muito poucas vezes dores de cabeça.	Verdadeiro	Falso	60
46-Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando.	Verdadeiro	Falso	60
47-Não gosto de toda a gente que conheço.	Verdadeiro	Falso	61
48-Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos.	Verdadeiro	Falso	62
49-Gostava de não ser envergonhado.	Verdadeiro	Falso	63
50-Estou convencido de eu os meus pensamentos não podem ser perdoados.	Verdadeiro	Falso	64
51-Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes.	Verdadeiro	Falso	65
52-Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.	Verdadeiro	Falso	66
53-Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros.	Verdadeiro	Falso	67
54-Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.	Verdadeiro	Falso	68
55-Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o folgo.	Verdadeiro	Falso	69
56-Fico furioso com facilidade mas esqueço-me depressa.	Verdadeiro	Falso	70
57-Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira.	Verdadeiro	Falso	71
58-Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que eu realmente tenho.	Verdadeiro	Falso	72
59-Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.	Verdadeiro	Falso	73
60-Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar.	Verdadeiro	Falso	74

61-Há alturas que me sinto cheio de energia.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>60</u>
62-A minha vista não tem enfraquecido.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>61</u>
63-Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>62</u>
64-Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>63</u>
65-Às vezes sinto-me cheio de alegria sem razão especial.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>64</u>
66-Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me só a maior parte do tempo.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>65</u>
67-Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar duma situação desagradável.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>66</u>
68-Sou mais sensível que as outras pessoas.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>67</u>
69-Às vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que de costume.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>68</u>
70-As pessoas desiludem-me muitas vezes.	<input checked="" type="radio"/> Verdadeiro	Falso	<u>69</u>
71-Tenho abusado das bebidas alcoólicas.	Verdadeiro	<input checked="" type="radio"/> Falso	<u>70</u>

VEJA SE RESPONDEU A TODAS AS FRASES, POR FAVOR.

65	66

67	68

Conversion Table for the Prediction of Standard  
Scale Raw Scores from the Mini-Mult Raw Scores

APN

	Scale										
	L	F	K <sup>a</sup>	1	2	3	4	6	7	8	9
0	2	2	4	2	13	10	9	5	2	2	8
1	4	4	5	4	15	11	11	7	4	4	10
2	6	6	7	6	16	13	13	8	6	7	11
3	8	9	8	8	18	15	14	10	9	10	13
4	10	11	10	10	20	16	16	12	11	13	15
5	12	14	11	12	22	18	18	14	13	15	17
6		16	13	14	24	19	20	15	16	18	18
7		18	14	16	26	21	21	17	18	21	20
8		21	15	18	28	22	23	18	20	24	22
9		23	17	20	29	24	25	21	23	26	24
10		25	18	22	31	25	26	22	25	29	25
11		28	20	23	33	27	28	24	27	32	27
12		30	21	25	35	29	30	26	30	35	29
13		33	23	27	38	30	32	28	32	37	
14		35	24	29	39	32	33	29	34	40	
15		37	26		40	33	35		37	43	
16			27		42	35	37		39	46	
17					44	36	39			48	
18					46	38	40			51	
19					48	40	42			54	
20					50	41				57	
21						43					
22						44					
23						46					
24						47					
25						49					
26						50					

a. This estimated K scale score is added to the appropriate estimated scale scores in the usual manner to generate K corrected profiles.



Nome: APM N°

Pergunta N°	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
1				F	F	F					
2				(F)	(F)	(F)			(F)	(F)	
3					(F)	(F)	(F)				(V)
4					(V)						
5	F							(V)	(V)	(V)	
6				(F)	(F)						
7							(V)			(V)	(V)
8								V	V	V	V
9		V			V	V					
10							(V)	(V)		(V)	
11	F		F		F	F					
12		V									
13				(V)	(V)	(V)			(V)	(V)	
14						(V)				(V)	
15		(V)				(V)	(V)			(V)	
16							V			V	
17				(V)	(V)	(V)			(V)	(V)	
18											
19		V									
20		F									
21											V
22				(V)		(V)			(V)		
23			(F)			(F)					
24	F	F									
25				(V)					(V)		
26				F		F				F	
27							V		V		
28				(F)	(F)	(F)	(F)				V
29						(F)		(F)			
30		V						V		V	
31			(F)			(F)		(F)			
32				V							
33			(F)			(F)					
34			F				F			(V)	
35						(F)	(F)				
36			F		(V)		(F)		(V)		
37				(F)	(F)	(F)					
38		(V)								(V)	(V)
39								(V)		(V)	(V)
40			(F)		(F)	(F)					
41			(F)			(F)	(F)				
42					(F)				(F)	(F)	
43			F			F	F				F
44				(V)	(V)	(V)			(V)		
45				F		F					
46				F		F				(V)	
47	F										
48		V									
49						F	F				
50		V									
51			F						(V)		
52							V				
53	(F)										(V)
54											
55			(F)		(F)						
56			F			F					
57						V			V	V	V
58		V					V				
59		V									
60				F						(V)	
61		(F)	(F)								
62			(F)		(F)						
63				F				F		F	
64		V						V		V	
65			(F)		(F)	(F)		(V)	(V)	(V)	
66											
67			F					F			
68				F				(V)		(V)	
69			F								
70			F								
71		V									
Total Bruto	1	3	2	2	16	16	11	9	12	14	7
Nota Bruta	4	9	14	16	42	35	28	21	30	40	20
Nota T	44	54	60	64	84	72	82	83	78	96	61

Nota: Para cada pergunta e para cada escala a resposta correcta que deve ser cotada, está assinalada F ou V. Para cada escala haverá um total de respostas correctas que será o "total bruto". Consultando as tabelas obtém-se a nota bruta clássica e depois a nota T.

Código: Nota T

F-K = -5 - Normativo

AI =

$$Hs + D + Hy - (D + Pa) - (Hs + Hy) = 61,3$$

3

IR = - com nota bruta

$$Hs + D + Pt <$$

$$Hy + Pd + Ma$$

$$IG = L + Pa + Sc - Pt - Hy$$

$$F-K = 14 - 9 = 5$$

$$AI =$$

$$\frac{23 + 42 + 35 + (42 + 44) - (23 + 33,3 + 28)}{3} = \frac{109}{3} = 36,3$$

$$\frac{109}{3} + 86 - 58$$

$$33,3 + 28 = 61,3 = \text{Ansiedade}$$

$$\frac{23 + 42 + 44}{35 + 34 + 23} = \frac{109}{92} = 1,18$$

$$\text{Quociente de Internalização} = 1,14$$

$$(44 + 83 + 96 - 78 - 72) = 7$$

Nota T

$$\frac{109}{92}$$

$$\frac{96}{84} = 1,14$$

Depressão

SC

# FACULDADE DE MEDICINA

## LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA

### Inventário Multifásico de Personalidade de Minesota (M. M. P. I.)

### Folha de Contagem e Perfil

Nome APV Sexo F Idade 31 Data do exame \_\_\_\_\_  
 Formação \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
 Situação social \_\_\_\_\_ Exame pedido por \_\_\_\_\_ Revisor \_\_\_\_\_

**T** T L F K Ma D Hr Pd Md Pe Pi Se Me Si

(+30) (+40) (+10) (+20)

**Sexo** Masculino

115	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
110	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
105	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
100	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
95	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
90	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
85	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
80	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
75	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
70	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
65	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
60	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45
55	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40
50	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35
45	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30
40	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25
35	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20
30	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15
25	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10
20	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5
15	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0
10	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5
5	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10
0	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15
-5	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20
-10	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25
-15	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30
-20	-90	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35
-25	-95	-90	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40
-30	-100	-95	-90	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45

**T** T L F K Ma D Hr Pd Md Pe Pi Se Me Si

(+30) (+40) (+10) (+20)

**Sexo** Feminino

115	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115
110	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110
105	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105
100	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
95	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
90	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
85	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
80	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
75	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
70	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
65	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
60	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
50	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
45	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45
40	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40
35	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35
30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30
25	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20	25
20	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	20
15	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15
10	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10
5	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5
0	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0
-5	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5
-10	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10
-15	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15
-20	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20
-25	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25
-30	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30
-35	-90	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35
-40	-95	-90	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40
-45	-100	-95	-90	-85	-80	-75	-70	-65	-60	-55	-50	-45

Resultado Bruto 49 14 (16) 52 35 (28) 21 (30 40 20)  
 Valor de K a adicionar 7  
 Resultado bruto com K 56  
34  
14 14 3  
44 54 23

## **Anexo J - Transcrição direta das sessões**

### Transcrição das sessões

A MPL está medicada com Venlafaxina 75mg (1 ao almoço), Trazadona 100mg (1 ao jantar), e Bromalex 3mg (1/2 ao pequeno almoço e ao almoço e 1 ao deitar)

#### 1º Sessão

Tentativa de recolha da história clínica da MPL – Anamnese.

Nesta sessão a D. MPL só chorou e chamou pelo filho.

Deixamos chorar. Estivemos em sessão aproximadamente 40 min.

MPL foi embora, mas referiu que voltaria, pois sentiu-se ouvida.

#### 2º Sessão

Quando a D. MPL chegou acompanhei-a à sala. A paciente chorava muito. Deixei-a chorar em silêncio. Não interrompi o choro até que conseguisse ficar mais tranquila. Deixei que fosse ela a primeira a falar assim que sentir-se vontade...

- “Não quero mais viver” “Quero ir para o pé dele (filho)”.
- Hum, hum
- Sinto tanto a falta dele... meu Deus... (chora)
- Quer falar sobre isso?
- Sim... (encolhe os ombros)...
- Sei que faleceu o seu filho, foi há quanto tempo?
- 23 meses... ai... (Coloca a mão no peito como tivesse uma pressão. Chora)

Silencio (pausa)

- Percebo que sofre muito, e que ainda dói muito.
- Muito... muito... porque é que Deus mo levou... ele era tão bom rapaz, trabalhador, honesto, tinha a casinha dele, sem dividas, tinha o carro dele... porquê???

- Ele era um bom rapaz, compreendo que sinta a falta dele. Mas para eu perceber melhor essa sua dor e a poder tentar ajudar, acha que consegue falar do que aconteceu?

- Foi de repente, foi tudo tão inesperado... (olha para mim) ele fazia muitas asneiras... avisei-o tantas vezes. Ele era muito gordo e chegava a fumar 3 maços de tabaco por dia, e com a bebida também não tinha muito cuidado.

(chora)...

Deixei-a chorar, ofereci a caixa dos lenços para que se sintasse mais confortável. Esperei a olhar para ela, coloquei a minha mão na mão dela... então a MPL voltou a falar respirou fundo, olhou para a frente, como se estivesse a tomar coragem para continuar,

- Estava em casa com amigos até estavam a jogar aquele jogo dos miúdos, que é na televisão, estavam a rir e a conversar, claro que o tabaco e a bebida não faltava ali... e de repente caiu para o lado e morreu. Tinha só 47 anos, era a minha razão de viver.

(chora)

Olhou para mim e disse:

- Tenho tantas saudades dele. Agora não me interessa nada desta vida. (baixou os olhos, olhou para o lenço que tinha na mão, enrola-o nos dedos, ficou mais calma) Posso ir embora? (olhou para mim, como que a pedir por favor)

- Sim, claro que sim, vamos só respirar fundo para poder ir mais calma... não pode ir assim tão nervosa...

(Pausa)

- Já estou mais calma... fez-me bem falar e chorar também ... ai (suspirou)

-Que bom que se sente mais tranquila. Compreendo que sinta um grande vazio. Era a sua companhia, e tem saudades dele, mas juntas vamos tentar aliviar um bocadinho essa dor.

Fico à sua espera na próxima semana.

3ª sessão

A MPL chegou com os olhos “pequeninos” de chorar

- Dra, não consigo parar de chorar, há 23 meses que choro todos os dias, não quero sair da cama, acordo cedo mas depois fico na cama acordada a pensar, e a chorar, muitas vezes adormeço novamente a chorar.

- Percebo... (fizemos pausa) tem feito a sua medicação?

- Sim, mas aquilo não me faz nada, só me dá dores de estômago. Eu ando triste na mesma.

- Eu percebo, mas se não comer antes de tomar a sua medicação vai ficar com dores de estômago. Come alguma coisa antes de tomar os seus comprimidos?

- Muitas vezes não... levanto-me para ir à casa de banho, e tomo... nem fome tenho. (Baixou os olhos) Já perdi 15kg.

- Compreendo que se sinta triste, pois perdeu o seu filho, mas precisa de comer.

- Para quê? Se eu quero ir para o pé dele? Se o que eu quero é morrer?

Silêncio...



- Sei que está cansada dessa dor, percebo que gostava muito do seu filho, acha que é correto sermos nós a decidir quando devemos morrer? Ou devíamos decidir... o que acha?

- Eu sei que é pecado se me matar, mas a minha vida deixou de fazer sentido sem ele. Só me levanto para ir comprar pão e para ir ao cemitério, vou lá quase todos os dias, e quando não vou sinto-me tão culpada por não ter ido...

- Percebo que não tenha vontade de fazer nada, nem sequer de comer...

- Não... não quero fazer nada, passo o tempo a pensar quando é que Deus me leva.

(chorou)

- Referiu que ia ao pão, quando vai ao pão, não encontra alguma amiga ou vizinha que possa conversar um bocadinho?

- Sim, encontro e falo, digo bom dia, mas não dou muita conversa, já estou farta das pessoas. Quando encontro alguma amiga, falo mais um bocadinho, mas depois dizem que eu não paro de chorar, que a vida continua e que eu tenho é de andar para a frente. Elas não sabem o que é perder um filho...(pausa) depois dizem que conhecem outras mães que perderam filhos e que não estão assim. Por isso estou farta delas (desconforto)

- Hum, hum... e familiares, tem familiares com quem possa falar?

- Tenho uma irmã, mas ela liga-me pouco, pois o marido está sempre a ralhar com ela, e eu sinto-me mal por isso. As vezes ela liga-me quando ele sai, mas depois ele controla o telefone e ela tem medo. Só saio para comprar leite, pão e para ir ao cemitério, e agora para vir para aqui.

- E como se sente quando vem para aqui?

- (encolheu os ombros) sei lá... não sinto nada... mas sempre falo um bocadinho e a Dra. não me julga, ouve-me e isso faz-me bem. Só a presença de alguém assim ao meu lado alivia. Custa muito lembrar tudo isto, mas custa mais lembrar em silêncio, assim a falar parece que não custa tanto, e sinto-me um bocadinho mais calma.

- Fico mais tranquila sabendo que sai daqui mais calma.

(pausa)

(sorriu, e baixou os olhos)

Vamos marcar outra consulta para daqui a uma semana está bem D. MPL?

- Por mim pode ser, eu não tenho nada para fazer... passo o dia na cama, por isso posso vir.

4º Sessão

MPL chegou à sessão e por sua iniciativa mostrou a fotografia do filho, que tinha referido trazer.

- Quer ver Dra.?

- Claro.

- Era bonito não era? (chora)

- Muito bonito, sim. – Entreguei a fotografia para a mão da MPL e observei a sua linguagem não-verbal. Mostrou dor, não chorou, olhou com ternura e com a outra mão fez uma festa na fotografia.

- Queria ter-lhe dito tanta coisa... mas não tive tempo...

- O que gostava de lhe ter dito? – MPL olhou para mim e disse

- Gostava de lhe dizer que gostava muito dele.

Estendi a mão para voltar a pegar na fotografia, MPL passou-ma para a mão, coloquei-a na cadeira à sua frente e disse-lhe:

- Pode-lhe dizer isso agora. – MPL olhou para a fotografia e começou a dizer.

- Tenho tantas saudades tuas filho... porque morreste??? Eu avisei-te tanto para parares com esses abusos, e tu não me ouviste (pausa).

MPL ficou em silêncio a olhou para a foto

- O que acha que ele lhe respondia?

MPL sorriu e disse:

*- oh mãe, deixa-te disso, sabes que eu farto-me de trabalhar e ao fim de semana é quando bebo uns copos...*

MPL continuou como se respondesse novamente ao filho

- Mas tu sabes o que o médico te disse... parece que não ouves. És mesmo teimoso como o teu pai, irra... - Esboçou um sorriso. Depois baixou os olhos e começou a chorar.

- Caso o seu filho a visse e ouvisse o que acha que ele lhe diria?

MPL olhou para mim, limpou a cara com o lenço que tirou da manga do casaco, e disse

- Ele dizia já, *mãe para que é isso? Para quê tanto choro? Sabes bem que não gosto de te ver chorar, não sabes?* Também me dizia que eu era parva por ir tantas vezes ao cemitério...

(Pausa) Ele não gostava nada de cemitérios. Se ele me visse lá zangava-se comigo, aí se zangava. Era bem capaz de dizer *deixa-te lá dessas coisas, o cemitério é para os mortos, não é para os vivos.*

Aqui houve um tempo de silêncio. Sem choro. MPL ficou pensativa.

- Ele também não gostava nada que eu andasse de preto... (pausa) se ele me visse dizia já para eu tirar esta roupa preta dizia *não te quero ver com isso... pareces uma carpideira* e ria-se... ele brincava muito comigo... dizia estas coisas parvas... ríamos muito os dois com os disparates que ele dizia. (sorriu e olhou para mim)

- Como se sente?

- não sei o que lhe dizer... estas lembranças fazem-me bem, estes disparates. (pausa) não sei... parece que tirei um peso de cima... eu falava muitas vezes com ele, quando ia ao cemitério, mas nunca disse nada disto. Até já nem me lembrava destas coisas.

- Hum.. hum...

Entreguei a fotografia para a MPL que olhou ternamente, fez uma festa e de seguida guardou na carteira.

- Ele tinha razão, ele não queria que eu chorasse nem fosse para os cemitérios, eu sei. Bem, acho que está na hora, venho a que dia?

## 5º Sessão

A MPL chegou á consulta com ar muito sério, com uma postura contraída, mas com menos labilidade emocional. Um pouco hostil. Refere que vem irritada.

- Hoje venho irritada

- Já percebi que hoje não está bem...

- Aquele meu neto, que nem sei se é meu neto... pode-me tirar a casa, tenho tanto medo. A minha casa está a cair de tanta humidade mas, ele pode-ma tirar, e depois eu vou para onde? Morar para a rua... não tenho nada

- Percebo que está angustiada com essa situação, quer dizer-me o que aconteceu para perceber melhor o que aconteceu? Porque acha que o seu neto lhe faria isso, de lhe tirar a casa?

- Ele é mau. Ele e a mãe dele. (olhou para mim)

Pausa...

- Está aborrecida com a sua nora?

- Que nora... ela não é minha nora coisa nenhuma... uma nora não faz isto a uma sogra. O meu filho fez-lhe aquele filho e depois separou-se porque ela só gastava o dinheiro todo, só queria era dinheiro, dinheiro. O meu filho dizia que nem sabia se o filho era dele, mas que não queria complicações. Agora ele pode-me tirar a casa...(pausa)...

- Percebo a sua preocupação acha que isso pode mesmo acontecer ...

- Sim... sabe o meu filho disse que não tinha sido boa ideia eu ter colocado a minha casa no nome dele... parecia ele que estava a adivinhar... Deus o tenha na sua Santa Graça... mas eu disse sempre que não, que quando eu morresse a casa era para ele, por isso ficava logo no nome dele, ele ainda insistiu comigo várias vezes para voltar a colocar a casa no meu nome, que ele tinha a dele e que essa era minha e ele herdaria depois. Mas eu achei que assim é que era o mais certo... mal eu sabia que ia enterrar um filho...

- Compreendo

- A casa estava em nome dele, desde que ele fez lá o talho, que eu decidi que já que o talho era dele passava já a casa e não tinha de se fazer 2 escrituras... a casa era para ele mesmo... agora que ele morreu passou para o meu neto, que é o legítimo herdeiro.

- Hum, hum... Está muito aborrecida, porque o seu neto, poderá exigir que saia da sua casa, pois agora, por morte do pai, a casa passou a ser dele por herança.

- Sim, e ele é mau, nunca se dirigiu a mim, nem quando o pai morreu. Só o vi até ele ter 3 ou 4 anos, foi quando o meu filho a mandou embora de casa porque ela só queria era o dinheiro dele, sofá, e cabeleireiro, não fazia nenhum, era uma calona, um dia o meu filho disse-me que ela se tinha ido embora, e eu peguei na chave e fui lá a casa para limpar... bem, estava tudo tão sujo que acho que ela nunca lavou o chão ou as janelas... por isso este rapaz não pode ser meu neto... nem um beijo, nem quando o pai morreu... coitadinho... Por isso o meu filho dizia que se calhar o menino não era seu filho, mas eu nem quero pensar nessas coisas.

- Pois... está também muito triste com essa situação...

- Então, veja lá quando o funeral terminou, foram lá a casa pedir a chave da casa do meu filho... Chora... eu estava tão transtornada que dei. Passado 2 dias fui lá a casa do meu menino e vi que aqueles (filhos da mãe que não tem outro nome) tinham tirado as

televisões... sabe ele tinha uma boa televisão na sala, uma daquelas fininhas na parede, e levaram também aquela caixa de jogos que ele jogava com os amigos, e mais umas coisas... e se calhar outras que eu nem sei. (pausa) Sabe qual foi o mal? Foi o que eu já lhe disse à bocado... Ele queria mudar a minha casa para o meu nome, pois quando fizemos o talho coloquei-a no nome do meu filho. E ele dizia-me, que tinha uma casa dele e que era melhor a minha passar para o meu nome, pois um dia quando eu morresse a casa era à mesma dele. Eu achei que não valia a pena gastar dinheiro com isso... dizia-lhe sempre que a casa era dele, e para ele. E agora veja lá... vou para onde??? Para debaixo da ponte??? (chorou)

- Não vamos pensar assim... não vai nada para de baixo da ponte, tem família, tem uma irmã que gosta de si, e com certeza que o seu neto não lhe vai fazer isso.

Chora...

- A minha irmã, tem o marido que lhe mata a cabeça, e eu não vou para lá, não tenho paciência para os homens... pus o meu a andar, criei um filho sozinha e agora ia aturar o marido dela? Nem pensar... se ela morasse sozinha... agora com ele, não.

- Entendo... mas mesmo longe sabe que tem ali uma irmã, isso é confortante.

- Sim é, mas falamos pouco por causa daquele homem... enfim... estou sozinha, fiquei sozinha... Mas porque é que foi ele e não eu??? Eu é que devia ter morrido primeiro que ele, eu é que sou velha e já não faço falta nenhuma... agora ele... ele era um menino tão bom, tão trabalhador, honesto... (baixou os olhos)

- Compreendo que sinta a falta do seu filho, pois criou-o sozinha e eram o apoio um do outro, percebo que tenha esse sentimento de revolta, por ele ter morrido primeiro. Mas nós ainda não temos o poder de decidir quem morre primeiro, ou depois...

- Eu sei... mas não devia ter sido assim... (pausa)

- Marcamos para a semana que vem.

(apesar de hoje não vir tão chorosa, vinha mais irritada e agressiva)

## 6º Sessão

A doente chegou ao gabinete sem vir a chorar, mais acessível e a querer comunicar

Cumprimentou-me e iniciou ela o diálogo

- Dra. Tenho uma coisa para lhe contar... Sabe, fui procurar uma casa...

- Boa, e então como correu?

- Por um lado bem e por outro mal...

- Então?

- Vou contar o que aconteceu. Eu mais uma vizinha, fomos ver umas casas pequeninas ali perto de onde eu moro, eu preciso mesmo de sair dali antes que o meu neto me ponha de lá para fora... não quero passar por isso, não lhe quero dar esse gosto.

(postura mais rígida, olhou para mim quando disse a ultima frase, rosto mostrava hostilidade)  
Pausa...

Respirou fundo e voltou ao assunto que trouxe hoje à sessão.

- Fui ver umas casas, gostei de duas, só tinham um quarto, uma sala, uma cozinha e uma casa de banho, mas para mim chega, uma mais cara, está pronta a habitar, a outra mais barata tenho de fazer umas obras. Por isso ainda vou pensar nisso.

- Parece que correu tudo bem... viu as casas e até gostou...

- Sim, mas espere... que eu ainda não lhe contei o que correu mal, mas já lá chego. Como lhe disse levei uma vizinha comigo, eu não queria ir sozinha, além disso achava que também não estava em condições de ir de transportes sozinha, então essa vizinha ofereceu-se para ir comigo. Eu fiquei contente, pois pedir não pedia, mas ela ofereceu-se e eu até gostei, assim como ela tem carta e carro, não precisamos de ir de transportes.

- O fato da sua vizinha se ter oferecido para ir consigo foi bom, sentiu-se mais segura e confiante.

- Sim, isso foi, pois assim eu paguei-lhe a gasolina e fomos de carro. Vimos uma serie de casas, e depois disse-lhe quais a que tinha gostado, e que estava a pensar comprar. Até vinha animada já não me sentia assim há muito tempo, ela então veio com uma conversa muito estranha que eu fiquei mesmo irritada... veja lá... estava a falar muito bem comigo e depois disse que era melhor eu colocar a casa no nome dela, assim a casa não iria para o meu neto depois de eu morrer, assim eu ficava mais tranquila.

Pausa

Dra., achei aquilo tão mal, caiu-me tão mal... então ela só foi comigo por interesse, fiquei logo aborrecida e com tanta raiva, desisti logo de comprar a casa... só queria ir para casa para a cama e não falar com ninguém.

- Está a dizer-me que sentiu que a sua vizinha foi consigo só por interesse, que não foi para a ajudar, ela sabia da sua situação com o seu neto?

- Sim, é das vizinhas que eu falo mais e tenho mais confiança, e desabafei com ela que o meu neto me queria tirar a casa.

- Mas então já sabe que o seu neto lhe quer tirar mesmo a casa? Já falou com ele?

- Eu não, Deus me livre, nem pensar... mas mau como ele é, vai querer ficar com a casa, mesmo a cair de podre, que é para me ver na total desgraça.

- Então não sabe se vai mesmo ficar sem a casa...
- Aquela gente é má... (pausa) agora esta (vizinha) a querer ficar com a minha casa... mas que sina a minha...
- Acha que ela quando lhe disse isso foi por querer a casa para ela, não acha que foi por ver o seu sofrimento que ela achou melhor lhe dar outra alternativa, visto que a MPL mostra desgosto pela atitude do seu neto?
- Não... ela queria era a casa no nome dela, depois eu morria e ela ficava com a casa.
- Como ficou resolvida a situação?
- Depois fomos para casa, ela deixou-me na minha casa e ainda teve a lata de me dizer que quando eu decidir para lhe dizer, e que se quisesse voltar lá ou a ver mais casas que ela não se importava de ir comigo. Pudera... eu pago o combustível e ainda lhe dou uma casa... era o que mais faltava...

Pausa

Enfim Dra. só tenho amigas destas e destas eu não quero.

(olhou para mim e esboçou um leve sorriso)

Retribui também com um, sorriso

- Não esteja tão preocupada com o seu neto, deixe ver como as coisas correm, no entanto fez muito bem ir procurar uma casa com melhores condições e onde se sinta mais tranquila, e sem receios. Ao tomar essa decisão foi muito bom. Acho que não deve desistir de ter a sua casinha por causa da sua vizinha, ela não tem de condicionar a sua decisão, ela não manda em si, só a D. MLP é que decide o que quer e o que vai fazer.
- Sim Dra. É isso mesmo. Vou pensar melhor, e vou ser eu a decidir.

Marcamos então para a próxima semana

## 7º Sessão

A D. MPL, chegou nesta manhã com um ar menos pesado. Conseguia manter um contato visual.

Entrou, disse bom dia e foi ela que iniciou o diálogo...

- Bom dia Dra. Nem sabe o que me aconteceu esta semana...
- Então que lhe aconteceu?
- Fui ao cemitério, falar com o meu filho e acho que desmaiei lá... fiquei lá deitada em cima da campa...
- Desmaiou?

- Sim, acho que sim... pelo menos adormeci, mas como não dei que adormeci eu acho que devo ter desmaiado...

- E depois, como se sentiu quando acordou?

- Foi o coveiro que me foi chamar, queria fechar o cemitério e viu-me ali, mas sabe que me fez bem??? Fiquei um pouco assustada por ter acordado ali, mas fez-me bem... parece que já não sinto tanta necessidade de ir lá (ao cemitério). Levantar-me da cama é que ainda está difícil... mas faço por me levantar...

- Muito bem...

- Agora já como qualquer coisa, tomo os comprimidos e depois fico na sala, acendo um bocadinho a televisão, sei que se for para a cama não durmo e começo a pensar...

- Faz muito bem...

- Mas dra. também há dias que qualquer barulho me irrita e então não consigo sair da cama. Nem televisão, essa então apetece-me mandar pela janela fora.

- Claro que há uns dias melhores outros menos melhores... mas um dia de cada vez.

- Sim Dra. um dia de cada vez, e à espera que Deus me leve para o pé do meu menino... tenho tantas saudades dele...

- Percebo...

- Sabe, ele abriu um talho...era a paixão dele. (sorriu com os olhos baixos) Primeiro abriu lá num anexo que eu tenho, e depois como gostava tanto daquilo, fez dinheiro e abriu um melhor, com tudo o que era bom...

- Ele gostava mesmo do que fazia... ele estudou?

- Sim, mas só até ao 6º ano... quis ir trabalhar a cortar carne. Quando fez 18 anos fizemos o talho no tal anexo. A partir daí foi só subir... ia de manhã cedo e chegava só à noite. Tinha o talho aberto até haver clientes e só se vinha embora para casa quando tinha o talho todo limpo para o dia seguinte... ele passava sempre em minha casa para me dar um beijo, se fosse muito tarde, ligava... sinto tanta falta disso...

- Pois, era uma presença constante na sua vida... e um bom profissional...

- Sim, sim... muito bom profissional. Veja lá que por vezes as pessoas ligavam fora de horas para ele e ele ia ao talho só para lhe fazer o avio... era um querido aquele filho... Deus o tenha... hoje as pessoas ainda falam dele, e lembram-se... ele era muito bom...

- Prestável também... amigo...

- Sim... (pausa ficou pensativa)

- Como está o seu neto, soube alguma coisa dele?

- O meu neto??? Sei lá se ele é meu neto...



(percebi que não queria falar nisso, então perguntei sobre a casa que foi ver para comprar, que foi um assunto que a animou, apesar da atitude que desaprovou da vizinha)

- E a casa que tinha ideia de comprar? Tem pensado nisso?

- Sabe, estive a pensar e decidi que não quero saber disso para nada... a casa está a cair, não faço obras... por isso, se ele (neto) me quiser de lá para fora, logo procuro uma casa, na rua é que eu não fico

- Muito bem. Resolver o problema quando ele chega.

- E ele há-de ficar com um barracão, pois ele, nem aquela mãe dele tem dinheiro para mandar arranjar seja o que for. Ficam com uma casa velha... e eu morro e já não vejo mais nada.

- Hum hum e a sua vizinha tem falado com ela? Como está a vossa relação?

- Tenho falado com ela, mas não lhe dei mais corda, ela bem insiste para eu me decidir... mas eu já decidi... vou ficar na minha casinha. Assim ninguém me chateia.

- Mas faz-lhe bem ter com quem conversar, nem que seja perguntar como vai o dia...

- Pois mas as vezes não há paciência (sorriu)

- Pois não... mas a D. MLP tem sido forte, e vai ficar cada dia mais forte, vai ver... sugiro que uma vez por semana beba um chá na pastelaria onde vai comprar o pão, sempre são mais 5 minutos que fica na rua a apanhar sol...

- Pois... mas não sei se me apetece... não sou dessas coisas, faço o meu café em casa... mas se acha que isso me vai ajudar, posso tentar...

- Ficamos assim combinadas, e depois para a semana conta-me como correu.

## 8º Sessão

A MPL chegou mais em baixo... vinha mais vagarosa com menos energia e sem ação.

- Bom dia D. MPL. Parece que não vem muito bem...

- Pois não Dra. Agora aquele estúpido, que não tem outro nome, quer fechar o talho do pai...

- O seu neto? Mas falou com ele?

- Não, foi o empregado do meu filho que me ligou a dizer... disse que ele (neto) tinha lá estado e que tinha dito que o talho só estava aberto até ao fim do ano, que não pagava mais nada a ninguém.... Pausa... o que o meu filho gostava daquilo, o que ele lutou para ter aquilo, e agora aquele... pausa... só me apetece dizer asneiras... quer fechar uma vida toda do pai.

- Pois, e isso está a incomoda-la muito.

- Claro, já viu isto, nunca quis saber de ninguém, e agora quer tudo... nunca ligou para o pai para saber dele e agora depois que ele morreu... (pausa)... querem tirar tudo e destruir tudo o que o pai fez... não está correto... não está correto... (chora)

- Sente-se triste por isto estar a acontecer... sente que não é correto o que querem fazer com o talho...

- Com o talho e com os empregados, não se faz, o meu filho sempre tratou bem aqueles homens todos, todos tinham muito respeito por ele... estou muito triste, não devia ser assim, não era assim que eu queria que acontecesse... eu é que devia ter morrido, não ele. (pausa)

- Percebo...

- Ai Dra. ele está a acabar com tudo o que o pai tinha, com todas as minhas recordações, parece que quer apagar o pai do mundo... porque é que ele só me faz falta a mim... ninguém entende.

- Compreendo que se sinta mais revoltada por estar a ver o seu neto a querer acabar com tudo o que o pai conquistou...

- Muito revoltada, não é justo, ele agora vivia com a mãe, o meu filho disse para eles saírem de casa, já não aguentava mais, ela só gastava o dinheiro todo... ele juntava e aquela “cabra”, ai desculpe Dra. gastava tudo.

- Está magoada com a sua nora

- Magoada, não... zangada, nem a posso ver... só quer é saber das coisas do meu filho, das coisas matérias, tudo o que puder fazer dinheiro, ela quer é dinheiro.

- Percebo que hoje está mesmo irritada

- Estou sim... muito...

(respirou fundo e olhou para mim, tentou aliviar um pouco a situação)

- Como passou esta noite, dormiu melhor?

- Hoje não dormi muito bem... ontem não fui ao cemitério porque estava a chover, e passei a noite as voltas na cama só a pensar, quando adormecia sonhava... agora quando sair daqui vou lá.

- E se primeiro fosse comer uma sopinha quente, está muito frio, que acha?

(pausa)

- Pois... não tenho muita fome, com isto tudo a acontecer, não tenho vontade de comer, antes também já não tinha, e agora muito menos, não sei...

(pausa)

- Compreendo que não tenha fome, e que todos estes problemas também piorem a situação, mas sabe que tem de comer, se não pode sentir-se mal e até cair ai na rua.

- Pois tem razão, antes de ir para o pé do meu filho, vou comer ali ao café uma canja.

- Muito bem, faz muito bem.

Esta sessão foi complicada. A D. MPL veio à consulta de psicologia depois da consulta com o médico psiquiatra, e vinha tão irritada que entrou pela sala logo a falar, bastante acelerada e ansiosa, nem se deu conta que estava mais um médico na sala.

- Aquele homem, não gosto nada dele... mas porque é que tinha de me calhar, logo aquele? Veja lá que ele nem se sentou, nem me deixou que eu me sentasse. Fez a consulta de pé para me despachar.

- Hoje as coisas não correram tão bem.

- Veja só, ele perguntou-me se eu continuava a tomar a medicação, e que medicação era, eu disse qual era, ele passou, e mandou-me embora, nem tive tempo de fechar a porta do gabinete... Pausa... isto é ser médico???

- Vamos sentar D.MPL ?

(dirigi-me a ela, toquei-lhe num braço e ajudei-a a sentar) nessa altura MPL viu que estava outra pessoa na sala

- Ai desculpe... não vi que estava aí...

(o médico saiu da sala)

- Reparei que está mesmo enervada?

- Pois estou, hoje foi o dia da minha consulta de psiquiatria, já estou ali em baixo desde as 8h da manhã e só agora fui atendida, ele chegou atrasado e depois nós é que pagamos... estava a fazer as consultas todas a correr... e nós a pagar com os nossos impostos para ser atendida assim...

- Chegou muito cedo, foi bom ter-se levantado cedo... assim aproveita este sol que faz muito bem... (tentei desviar a atenção para uma coisa mais secundária, para tentar aliviar a tensão e ansiedade surgida) foi a primeira doente do Dr.?

- Eu sei lá... nem sei... só sei que ele me chamou, eu entrei, ele estava à porta e disse, - então diga lá... o que se passa – eu fiquei sem resposta...

- Hum hum

- Fiquei a olhar para ele, ele foi para o computador, ou lá o que é essa “coisa” e disse – qual a medicação que está a tomar? – Eu respondi, ele deu-me as receitas e disse para aumentar um comprimido e disse que depois ia uma carta para casa para a nova consulta...

- Pois...

- Nem consegui dizer nada... levantou-se abriu-me a porta do consultório, até me empurrou com a mão para eu andar mais depressa... veja lá...

- Compreendo.

- Fiquei mesmo enervada com aquilo... se isto são maneiras de se tratar um doente
- Percebo que se sinta nervosa com o que se passou...
- Pois estou... já não basta eu ter de andar aqui, a tomar toda esta porcaria, ter perdido o meu filho, e agora vem este “pivete” e fala assim com as pessoas... ai, como era educado o meu filho... nem eu lhe admitia que falasse assim com os clientes do talho, não foi assim que eu o ensinei, qualquer dia ainda tomo é tudo de uma vez só...

(Apesar da MPL ter dito que tomava os comprimidos todos de uma vez, e isso sugerir um suicídio, achei melhor, não dar importância, pois senti que era do estado de irritação, que era mais um desabafo e não uma vontade de o fazer. MPL estava mais estável e já com projetos para o futuro, já não vivia só o presente à espera de morrer).

- A relação do seu filho com os clientes era mais tranquila
- Ai sim, sim, ele gostava muito do que fazia e as pessoas também gostavam muito dele.
- Que bom
- Sim... ali na terra toda a gente o adorava, ele era uma jóia de pessoa. Deixava muitas vezes pagar no fim do mês, pois também sabia as necessidades que as pessoas tinham.
- Ele percebia esta situação e ajudava o quanto podia.
- Sim, ele era muito boa pessoa, fazia estas coisas assim e com os empregados também, ali ninguém passava fome por não ter que comer, ajudava sempre. Só a ele é que não se ajudava, depois de o médico tanto avisar, e eu também... continuava a fumar e a fazer aquelas festas lá com os amigos.
- Que bom que ele tinha amigos, as amizades são importantes para não nos sentirmos tão sozinhos.
- Pois. Mas até que nem me posso queixar muito, estas festas eram só ao sábado pela noite dentro, bebiam e fumavam, mas ficavam todos lá em casa do meu filho, não se metiam na estrada todos bêbedos... e depois no domingo era a mesma coisa, só não ficavam era até tão tarde.
- Gostava de estar com os amigos e divertia-se à maneira dele...
- Demais até para o meu gosto, fartei-me de o avisar, mas ele não me dava ouvidos, até dizia, que quando morresse não podia beber nem fumar mais e que por isso tinha de aproveitar bem a vida.
- E aproveitou o que pôde, não acha, estudou até querer, depois foi trabalhar no que gostava, subiu na vida honestamente...

- É verdade... o que viveu posso-me orgulhar. Era tão meu amigo. Por isso tenho muitas saudades dele, de ouvir a sua voz, de o sentir entrar em casa para falar comigo... (pausa, fica pensativa) as vezes ouço barulho e penso que é ele a entrar em casa... (pausa).
- Agora é o voltar a aprender com a ausência de uma presença que foi tão forte na sua vida.
- Não sei se quero... não consigo... já se acabaram as minhas forças. Ando aqui até que Deus me chame.
- Pode voltar a aprender, devagarinho, mas pode aprender a viver com a ausência.
- Mas aprender a viver com a ausência dele é aceitar que ele não volta mais, é aceitar que ele foi para sempre, que já não o vou ver mais, e isso eu não posso fazer...
- Aceitar a ausência, é perceber a lei da vida, podia fazer alguma coisa para que esta fatalidade não tivesse acontecido?
- Não, não podia fazer nada, só os médicos e eles também não conseguiram, ele foi quando era a hora de ele ir, mas não quero aceitar isso... Deus não podia ter feito isto comigo, ele era o meu único filho.
- Compreendo que ainda sinta essa dificuldade em aceitar a morte do seu filho, mas o processo de luto é mesmo assim, doí muito no início, mas depois essa dor vai ficando mais fácil de suportar, não vai deixar de doer, mas vai ser mais fácil suportar.
- Vou pensar nisso Dra. Mas não sei se quero...

#### 10º Sessão

A D. MPL chegou mais bem-disposta, apesar de estar com um ar mais sério, mas sem aquele ar carregado de chorar.

- Boa tarde Dra. ando aqui a pensar numa coisa que quero fazer, antes de morrer...
- Sim?
- Queria muito poder levar o meu menino para a terra, queria pô-lo lá numa gavetinha onde ele ficasse bem... assim eu já podia morrer em paz...
- Hum hum
- Mas sabe, primeiro tem de fazer 5 anos até mo levantarem... só depois é que eu posso levar comigo para a terra.
- Compreendo...
- Pois... assim eu ficava mais descansada, também quero ficar lá na terra, por isso ficávamos um ao pé do outro. Só de pensar que depois ninguém o vinha aqui ver... nem quero pensar nisso...

- Percebo... mas ninguém o vinha ver...
- Sim, aqui ao cemitério depois de eu morrer, por isso estive a pensar e decidi que, agora não posso morrer, se não, não consigo levá-lo para o pé de mim.
- Para o pé de si? Pode explicar melhor?
- Eu quero voltar para a minha terra, e quero velar os ossinhos dele comigo, para colocar lá no cemitério da terra, assim eu posso lá ir vê-lo, e quando eu morrer ficamos os dois juntos lá na terra, já que não temos ninguém mesmo, assim ficamos os dois.
- Hum, hum, e a compra da casa, ainda tem pensado nisso?
- Isso já está arrumado... não vou comprar nada, deixo andar... agora só saio daqui com o meu filho para a terra, depois dos 5 anos, volto para a terra com ele e depois logo se vê.
- Pois, deseja voltar para a sua terra, tem lá as suas origens...
- Sim, tenho a casa da minha irmã, fico lá até arranjar uma casa para mim, pois não quero cá problemas com o marido dela.
- Ela certamente vai ficar contente. Tem falado com ela?
- As vezes, sabe como é, aquele homem pode ser muito bom para ela, mas é muito mau, está sempre a controlar tudo o que ela faz. Ela liga-me as escondidas, só assim conseguimos falar alguma coisa, e muitas vezes tem de ser a correr, ela está sempre com medo que ele volte lá do sítio onde foi.
- Percebo que tem carinho pela sua irmã, que gosta da sua irmã
- Gosto, ela tem um feitio bravo, mas gosto, é pena é ter casado com aquele palerma. Temos de falar tudo às escondidas, as vezes ela lá desabafa comigo, outras vezes vejo que está a medo... As mulheres não deviam ter medo dos maridos... não viu que pus o meu para correr... alguma vez eu aturava aquilo? Nem pensar. Já estava doidinha.
- É bom ter alguém para conversar, e melhor se for da nossa confiança e família.
- Crescemos juntas, temos 18 meses de diferença, por isso éramos muito pegadas.
- Uma relação de cumplicidade bastante bonita.
- Sim, brincávamos juntas... depois a vida encarregou-se de nos separar, ela ficou na terra, e eu tive de vir para a cidade, precisava de criar o meu filho e tive de me fazer à vida na cidade. Sabe, este fim-de-semana ela disse para eu ir lá, à terra, a casa dela, mas não tenho muita vontade. Prefiro ficar aqui em casa, para ir ver o meu filho.
- Mas acho que devia aproveitar o convite da sua irmã e ir, mudar de ares, e ver coisas novas.
- Pois, ainda vou pensar, sabe há 2 dias que não vou ao cemitério, tem estado muito frio e a chover, por isso fico mais por casa, mas hoje como sai, quero ver se lá passo um bocadinho.
- Tem tomado a sua medicação como o médico alterou, e tem-se alimentado bem?

- Tenho sim, parece que até tenho mais vontade de fazer as coisas em casa
- Muito bem, e de comer? Já faz as refeições?
- Isso ainda não tenho muita paciência, mas o pequeno-almoço já como, tenho fome quando acordo, depois não me apetece fazer o almoço, como qualquer peça de fruta que tenha lá, depois vou ao cemitério, outras vezes acendo a televisão e fico a ouvir... até adormeço.
- Compreendo que não tenha vontade de fazer comer, mas sabe que precisa de se alimentar, nem que seja uma sopa.
- Pois eu sei, mas, sei lá... depois à noite já me dá a fome outra vez, e como um bocado de pão e uma caneca de chá, ou de café, é o que me apetececer...
- Hum, hum
- As vezes almoço, mas outras não. Hoje acho que vou comer, caminhar para aqui deu-me fome.
- Acho que faz muito bem.

#### 11º Sessão

Antes da consulta o Psiquiatra desta senhora passou na sala e referiu que tinha acabado de a ver em consulta e que ela estava muito mais estável, e que já não lhe parecia que tinha ideação suicida. Pelo menos já não o referia.

- Boa tarde Dra.
- Olá D. MPL, como tem passado?
- Melhor, sabe, hoje a consulta foi bem melhor... ele até me pediu desculpa daquela vez.
- Boa, percebo que se sinta bem melhor com essa simpatia do médico
- Sim, sim, e hoje teve até muita paciência para mim... eu estava já preparada para lhe dizer umas coisas, mas até fiquei sem palavras.
- Ainda bem que hoje a consulta correu melhor
- Nem parecia o mesmo
- Que bom.
- Sempre fui no fim-de-semana ter com a minha irmã.
- Muito bem. E como correu?
- Ao princípio correu mal, porque o velho não saia de casa, mas depois começou a perceber que não lhe ligávamos nenhuma e acabou por ir para o café.
- Hum, hum
- Ficamos sozinhas, e ela fez-me tanta queixa dele... tanta, tanta. Estupor do homem que até

mete nervos.

- Esteve a desabafar consigo.

- Esteve a contar as coisas, coitada, tenho até pena dela.

- Compreendo.

- E como se sentiu estando na sua terra, com a sua irmã?

- Senti-me bem, sabe, parece que não chorei tanto, tinha mais com que me distrair, as pessoas são mais velhas, algumas também perderam os filhos e não senti que me julgassem tanto.

- Acho que sempre que tiver oportunidade deve ir ter com a sua irmã, o que acha?

- Pois, era bom, mas nem sempre tenho vontade...

- Compreendo

- Agora ela até me liga mais vezes...

- Isso é bom.

- Sim, falamos um bocadinho, assim não fico para lá sozinha sem falar com ninguém.

- Muito bem, mas também pode sair, e ir comprar pão e fruta, também vê pessoas.

- Sim, mas essas pessoas não interessam a ninguém, estão sempre a criticar.

- Compreendo.

(pausa)

- Hoje estou cansada, já não vou ao cemitério, vou lá amanhã.

- Hum, hum

- Hoje vou para casa, vou fazer um chá quentinho, vou colocar a mantinha nas pernas e vou ficar lá a pensar.

- Acho que faz bem... acenda a televisão, sempre lhe faz um bocadinho de companhia.

- Sim, as vezes acendo, outras vezes irrita-me e tenho de apagar, mas as vezes até dá coisas interessantes, e eu fico lá sentada de olhos fechados a ouvir... sabe, estar a olhar para aquilo, faz-me mais confusão.

- Mas sempre ouve falar e assim não se sente tão sozinha, sempre vai ouvindo as notícias, e o que se passa pelo mundo.

- É só desgraças dra. As vezes fico lá a pensar, que são bem piores que a minha. Mesmo assim o meu filho ainda viveu até aos 47 anos, e as vezes ouço aquelas mães que perderam os filhos tão pequeninos...

-Pois é verdade, há muitas mães que infelizmente perdem os seus filhos ainda bebés.

- Se a mim me dói, eu compreendo a dor delas, eu compreendo.

(pausa)



Depois deste dia, a D. MPL não voltou às sessões de psicologia clinica, ainda telefonamos a perguntar se estava bem, ao que respondeu que estava bem, e que se tinha esquecido da consulta.