



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Vê mal quem só vê o que se vê bem”

Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto

Sandra Maria Lapa Barroso Ramos

Orientador do Estágio: Doutor João Pedro Fonseca.

Coordenador do Estágio: Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa.

Relatório submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

O documento **completo** encontra-se depositado no ISPA – Instituto Universitário. Um documento **parcial** (com exclusão integral das Consultas de Rastreio e exclusão parcial dos Casos Clínicos, bem como dos Anexos associados) está declarado na SPA – Sociedade Portuguesa de Autores (com o N.º 322, Autor/IPI N.º 406097469). O presente documento inclui uma versão mais **abreviada** apenas para divulgação científica.

RESUMO

Após a caracterização da instituição onde foi efetuado o estágio, este trabalho inclui uma introdução à psicologia aplicada às pessoas com deficiência visual, onde se salienta a abordagem integrativa como o principal modelo teórico. Depois de uma descrição de todas as atividades desenvolvidas no estágio (incluindo as consultas de rastreio e uma exposição mais alargada dos dois casos clínicos que foram acompanhados) este relatório termina com reflexões sobre os casos, sobre a visão (objetiva e subjetiva) e sobre a população com deficiência visual, através do contacto com a qual se fica (na minha experiência) muito mais sensibilizada para com a importância de «ver» para além do óbvio e do concreto.

Palavras-chave: deficiência visual, ajustamento à perda da visão, visão objetiva e subjetiva

ABSTRACT

After the characterization of the institution where the internship was accomplished, this work includes an introduction to the psychology applied to people with visual impairment, where the integrative approach is highlighted as the main theoretical model. After a description of all activities developed at the internship (including the screening consultations and a broader explanation of the two clinical cases that were followed up) this report culminates with reflections about both cases, about vision (objective and subjective) and about the visually impaired population, through the contact with which one becomes (in my experience) much more sensitized to the importance of "seeing" beyond the obvious and the tangible.

Keywords: visual impairment, adjustment to loss of vision, objective and subjective view

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	1
2.1	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.....	1
2.2	Os Serviços de Saúde no Instituto.....	2
2.3	Investigação e Desenvolvimento	2
2.4	O Psicólogo no Instituto.....	3
2.4.1	Deficiência congénita ou precoce da visão	3
2.4.2	Perda da visão em idade escolar.....	3
2.4.3	Deficiência visual na adolescência.....	4
2.4.4	O jovem adulto com deficiência visual	4
2.4.5	Perda da visão na idade adulta	4
2.4.6	Deficiência visual nos idosos	4
3	A PSICOLOGIA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	5
3.1	Definição de Deficiência Visual	5
3.2	Fases de Ajustamento	6
3.2.1	Complicações colaterais.....	7
3.2.2	O papel da família	8
3.2.3	O papel do psicólogo.....	8
3.3	A Busca de Sentido Depois da Perda de Visão.....	8
3.4	Implicações Clínicas	10
4	PRINCIPAL MODELO TEÓRICO	10
4.1	A Abordagem Integrativa.....	10
4.2	Terapia do Luto.....	11
4.2.1	Tipologia da perda.....	11
4.2.2	Os três tipos de luto.....	12
4.2.3	Fases do processo de luto	12
4.2.4	Atitudes para com a perda.....	14
4.2.5	Diagnóstico da perturbação de luto.....	15
4.2.6	O papel do psicólogo no ajustamento à perda.....	16

5	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	16
5.1	Atividade Clínica	16
5.2.1	Em geral	16
5.2.2	Consultas assistidas	17
5.2.3	Consultas efetuadas	17
5.2	Outras Atividades Realizadas	18
6	REFLEXÕES SOBRE OS CASOS	19
6.1	Caso A.....	19
6.2	Caso S	20
6.3	Vê Mal Quem Só Vê o Que Se Vê Bem.....	21
7	REFERÊNCIAS	24
8	ANEXOS.....	32
8.1	Anexo A – Critérios Propostos no DSM-5	32
8.2	Anexo B – Descrição de Todas as Atividades	34
8.3	Anexo C – Versão Final do Panfleto: Consulta de Psicologia.....	34
8.4	Anexo D – Apresentação: Psicologia Aplicada à População com DV	35
8.5	Anexo E – Caso L: Excertos das Sessões	42
8.6	Anexo F – Caso O: Excertos das Sessões	42
8.7	Anexo G – Caso A: Excertos das Sessões	42
8.8	Anexo H – Caso S: Excertos das Sessões	42
8.9	Anexo I – A Árvore das Qualidades Humanas de S.....	42

1 INTRODUÇÃO

A psicologia está espalhada por múltiplas áreas do conhecimento, pelas escolas, pelas organizações, pelas instituições, poderíamos mesmo dizer pelas pessoas, que incluem na sua linguagem correntes expressões como «foi um ato inconsciente», «isso é psicológico», «estás a somatizar» ou «é uma pessoa muito complexada». Neste trabalho vamos fazer uma viagem pela psicologia de pessoas que têm problemas de visão; afinal como será o ambiente psicológico delas? O que é que elas sentem? Como vamos intervir? Como poderemos ajudar estas pessoas a viverem uma vida com dignidade e que lhes faça algum sentido?

2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

2.1 Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto

O Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (IOGP) foi criado no século XIX, nos reinados de D. Luiz e D. Carlos I. Começou por chamar-se Instituto de Oftalmologia de Lisboa e é atualmente o único instituto de oftalmologia público existente no país segundo (IOGP, 2014). O nome foi mudado em 1929, em homenagem ao Dr. Gama Pinto uma vez que este foi de grande importância para o desenvolvimento da medicina oftalmológica. No fim do século XIX, José Luciana de Castro, do Ministério dos Negócios do Reino da Legislação Portuguesa, sugere ao Rei D. Carlos I que seria importante contratar o Dr. Gama Pinto, já que era um dos mais creditados especialistas de visão. E assim foi. Chegou a Lisboa em 1885 (da Alemanha onde se encontrava a dar aulas de oftalmologia e onde foi discípulo de um dos mais eminentes oftalmologistas da época, o Dr. Otto Becker) e em 1890 foi lecionou o primeiro curso de oftalmologia em Portugal (Bívar, 2012). Embora iniciando a sua atividade em instalações modestas, o Instituto Gama Pinto possui, atualmente, a mais elevada capacidade logística e de equipamentos de diagnóstico e de tratamento, com uma equipa técnica altamente diferenciada para os cuidados de saúde oftalmológica (IOGP, 2014).

A missão do IOGP passa por prestar, com qualidade, serviços de saúde no âmbito da oftalmologia, cumprindo todas as orientações do Programa Nacional para a Saúde da Visão, sendo uma referência científica e técnica nos cuidados que facilita, como também na investigação e na formação. Este Instituto está fortemente orientado para a comunidade e para o utente, sempre com o objetivo de seguir uma cultura de qualidade. Disponibiliza os seus serviços na zona de Lisboa e Vale do Tejo, onde acolhe cerca de cinco mil utentes por mês para consultas, exames, tratamentos e cirurgias (*idem, ibidem*).

O Instituto e os seus funcionários regem-se por valores de uma cultura de qualidade orientados para a comunidade e para o utente tal como: a integridade, a organização, os ganhos em saúde e a proficiência (IOGP, 2015). Tem uma equipe experiente e sólida que faz uso das inovações científicas e tecnológicas, que são referência nacional nas variadíssimas subespecialidades de oftalmologia (IOGP, 2014).

2.2 Os Serviços de Saúde no Instituto

O Instituto dispõe de diversos gabinetes para consultas e salas para exames bem como para tratamentos médicos e de enfermagem, que oferecem um ambiente propício para um acolhimento personalizado dos utentes, seja nas consultas gerais seja nas das diferentes subespecialidades. No sentido de reduzir a lista de utentes para um número aceitável e suportar o aumento da procura (que duplicou nos últimos anos), o Instituto conseguiu atingir uma base de produtividade sem igual (face ao número dos oftalmologistas existentes) apoiando-se na qualidade técnica, facilitando o acesso dos utentes e também com uma excelente organização administrativa (*idem, ibidem*).

Dado que os problemas de visão são diversificados, o IOGP trata-os desde uma fase inicial. Por exemplo, quando a visão subnormal já está instalada no utente, ou é inevitável, o Instituto disponibiliza-lhe, através do Gabinete de Subvisão, um apoio completo, através de uma equipa multidisciplinar, que esclarece, ensina e encaminha cada utente para a melhor solução, dado que o IOGP continua empenhado em prestar apoio pessoal e social às pessoas com problemas de visão (IOGP, 2014). Mas para além das consultas de subvisão, o Instituto disponibiliza consultas médicas de oftalmologia geral e pediátrica, de estrabismo, glaucoma, cirurgia refrativa, superfície ocular externa/córnea, inflamação ocular, retina, diabetes ocular, genética ocular, medicina interna/diabetes e anestesia. Também disponibiliza consultas não médicas como as de psicologia e as consultas de enfermagem (de diabetes e a pré-operatória) (IOGP, 2015). O Instituto também dá apoio através de folhetos que são dados aos utentes (e aos seus familiares), a fim de atenuar a ansiedade e de antecipar perguntas habituais (e.g., no período pré-operatório), e conta também com um Serviço Social que preconiza satisfazer as necessidades básicas dos utentes e promover a sua funcionalidade (IOGP, 2014).

2.3 Investigação e Desenvolvimento

Em simultâneo com a prática clínica, o Instituto tem-se dedicado à formação e também à investigação. Na Europa é considerado um centro de excelência para ensaios clínicos e tem colaborado (e colabora) com vários projetos de investigação, tendo já recebido

frequentes prêmios científicos de reconhecido valor. Por conseguinte, os 125 anos de existência e de experiência deste Instituto garantem-lhe um sentido histórico adaptado às atuais necessidades da oftalmologia (IOGP, 2014).

2.4 O Psicólogo no Instituto

O Dr. João Pedro Fonseca é o responsável pela criação das consultas de psicologia no Instituto, em 1996 (tendo-se triplicando atualmente a sua procura). É licenciado em psicologia no ramo de orientação escolar e profissional, pela Faculdade de Psicologia de Lisboa, e credenciado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses como especialista em psicologia clínica e da saúde. Possui uma vasta experiência na área das doenças crónicas e na reabilitação de incapacidades físicas. (Fonseca, 2016).

Segundo Fonseca (2003), a intervenção psicológica tem um objetivo principal, que é o de ajudar a pessoa com deficiência visual (DV) a reconhecer e a validar a nova situação em que se encontra, estimulando-a na aquisição de novas competências, no sentido de ter mais autonomia e de se sentir mais inserida na sociedade. Essa intervenção psicológica deve considerar três momentos: “(a) Desdramatizar e desmistificar a situação; (b) Ajudar o indivíduo na sua preparação tendo em vista o ajustamento à nova realidade; (c) Promover a sua integração na comunidade” (Fonseca, 2003, p. 111). Este será um processo do próprio paciente, segundo os recursos que possui, sendo o papel do psicólogo o de ir acompanhando esse processo, ouvindo a pessoa, dando-lhe pistas e aconselhando-a. Claro que todo este processo terá de ser adaptado ao momento de desenvolvimento do paciente.

2.4.1 Deficiência congénita ou precoce da visão. Quando são crianças pequenas, as dúvidas são dos pais, no sentido de se adaptarem a um filho com DV; e quando esta é congénita, depois do choque, precisam de elaborar o luto do bebé imaginado e idealizado, receber o bebé real (com a DV) e aprender a perceber os seus risos, os seus choros, como brinca e como ir interagindo com ele, pois a sua colaboração é imprescindível para a integração da criança na sociedade (*idem, ibidem*).

2.4.2 Perda da visão em idade escolar. Quando surge uma DV neste momento do desenvolvimento, aparecem outras dificuldades, como as da aprendizagem. Nestes casos é muito importante a articulação do trabalho dos pais com os docentes no sentido de desenvolverem programas específicos para as crianças. Porém é necessário considerar que há pais mais colaborativos nesse sentido do que outros, já que eles podem balancear entre a superproteção e o desinteresse (*idem, ibidem*).

2.4.3 Deficiência visual na adolescência. Sendo esta uma fase do desenvolvimento onde os pares e o contacto com o sexo oposto começam a ter uma grande importância, pode ser difícil para um deficiente visual efetuar o movimento do seio da família para o exterior, numa altura em que existe uma vontade de se afirmar (tal como qualquer jovem). Nesta fase em que o corpo está a mudar, e a imagem de si está a ser construída, o deficiente visual tem que lidar com a sua falta de visão, tendo assim uma tarefa ainda mais difícil em comparação com outros adolescentes. Esta é uma altura em que pode precisar de muita ajuda para não se sentir inferior a aceitar a diferença como diferença. Essa aceitação vai ser de grande auxílio na sua adaptação para a vida adulta, e para a sua integração na sociedade (*idem, ibidem*).

2.4.4 O jovem adulto com deficiência visual. Já a inserção destes jovens num emprego, passa por uma formação específica onde são implementados comportamentos favoráveis, e pela planificação de continuarem a estudar ou não. Muitas vezes os jovens têm projetos desajustados (e.g., ser piloto de avião), o que pode remeter para uma dificuldade em aceitar a sua deficiência. Assim, deve-se ter em atenção que as intervenções estão longe de fechar todos os caminhos, mas existem restrições (*idem, ibidem*).

2.4.5 Perda da visão na idade adulta. Nesta fase, os adultos correm também o risco de perderem os seus empregos. Nestes casos devem-se efetuar encaminhamentos para cursos específicos para esta população, para poderem efetuar uma nova integração no trabalho. Porém, também é necessário considerar que pode surgir uma tendência ao isolamento e vergonha que os outros saibam da sua nova condição, logo, a intervenção terá de passar por motivar a pessoa a manter e a expandir a sua rede social saudável (*idem, ibidem*).

2.4.6 Deficiência visual nos idosos. A perda visual nesta fase é como uma antecipação da morte, o que entristece muito os idosos, pois reduzem-se as motivações para fazerem coisas sozinhos. Assim, a intervenção do psicólogo passa por dar apoio e acompanhar esses processos, podendo ajudar a planificar e a executar programas práticos para a vida, em colaboração com outros técnicos. Como muitos destes idosos vivem sós, deve também haver uma intervenção no sentido de os inserir em grupos do seu interesse (*idem, ibidem*).

Em suma, ao longo das fases do desenvolvimento, a intervenção psicológica deve ter como principal foco ajudar a pessoa com DV a encarar o seu futuro de uma forma construtiva e positiva, auxiliando-a na redução das crenças desajustadas, dos medos e da frustração inerente à sua condição, para que consiga sentir-se inserida na sociedade, a qual também deverá perceber e aceitar a diferença nesta população (*idem, ibidem*).

3 A PSICOLOGIA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

A perda de visão é uma das deficiências físicas mais limitantes que existem, uma vez que a visão é a forma de o individual apreender o mundo, ajudando-o a captar estímulos sensoriais importantíssimo para a sua relação com as pessoas e os objetos; portanto o deficiente visual tem limitações na relação com o ambiente externo (Davidoff, 2001). Os principais riscos das pessoas sem visão são os problemas de comportamento e os emocionais (Pinquart & Pfeiffer, 2012). As estatísticas globais estimam que em 2010 existiam 32,4 milhões de pessoas cegas no mundo e que destas, 60% eram do sexo feminino (Bagheri, Dehghan, Alavi, Iranmanesh, & Khoshab, 2017). Não nos podemos esquecer que no passado as pessoas com deficiência física eram excluídas do convívio social, normalmente por prisão, mas também eram colocadas em instituições de saúde mental, em embarcações e em último caso, eram mortas, juntamente com os mendigos, os loucos e os vagabundos entre outros (Scott, 1969; Foucault, 2002).

Apenas na década de 60 do Século XX se iniciou a criação de instituições especializadas (no Brasil) começando assim um movimento de inclusão destas pessoas na sociedade (Sasaki, 1997). Mesmo assim, em 2005, Oliveira e Carvalho referem que ainda há muito preconceito por falta de conhecimento, sendo esse o grande responsável pela marginalização das pessoas com DV, estigma esse que muitas vezes vem da própria família (que se sente envergonhada). Logo, importará finalizar com os estereótipos dos *counselors* no aconselhamento, bem como com os comportamentos discriminatórios ou atitudes prejudiciais observadas na sociedade, onde as pessoas com incapacidades, como «os cegos» ou os «atrasados mentais», são bastante ostracizados (Sinick, 1981). Acresce que, muitas vezes, há a crença prejudicial e incorreta de que as pessoas com DV são dependentes e desamparadas (Cohen, 1972); por outro lado, se as pessoas com esta problemática aceitarem a sua condição (i.e., as suas capacidades e limitações), elas podem também contribuir para a sua integração na sociedade (Rosadas, 1994).

3.1 Definição de Deficiência Visual

A DV é um termo que designa impedimentos de origem orgânica, relacionados com doenças oculares, manifestados com ausência, ou mau funcionamento, da visão, que pode comprometer a perceção das pessoas, das cores, das distâncias, etc. A chamada visão subnormal é a visão parcial, a cegueira é a ausência de visão, a congênita é a desde o nascimento, ou a adquirida que pode ocorrer ao longo do tempo com a idade ou de repente

com um acidente ou com diabetes (Batista & Enumo, 2000). A DV pode também ser dividida em dois grupos: cegueira e visão subnormal, que pode ser caracterizada por ser leve, moderada, profunda, severa e perda total (Oliveira & Carvalho, 2005). Na ausência da visão os outros sentidos (i.e., a audição, o tato, a sinestesia e o olfato) ficam mais apurados por força da necessidade, permitindo que as pessoas com DV sejam funcionais e se adaptem ao cotidiano (Sá, Campos, & Silva, 2007).

3.2 Fases de Ajustamento

O mundo tem-se desenvolvendo e as novas tecnologias também, mas apesar disso, milhares de pessoas no seu dia-a-dia perdem a visão por acidente, por doença ou mesmo devido ao processo de envelhecimento. Perder a visão é algo de muito difícil; e é mais penoso se for repentinamente, o que remete em muitos casos para a escuridão. Muitas das pessoas que passam por este impacto emocional, têm muita vontade de morrer e muitas delas cometem mesmo o suicídio (De Leo, Hickey, Meneghel, & Cantor, 1999). Os psicólogos podem ajudar as pessoas com visão subnormal a ultrapassarem a ansiedade e a depressão (que surgem muitas vezes nesta população) bem como ajudá-las a encontrarem mecanismos para a sua adaptação à cegueira ou à visão subnormal. Na psicologia e na psiquiatria, os profissionais estão muito habituados a lidar com perdas, mas nestes casos é necessário lidar com uma profunda organização psicológica, pois as pessoas com DV necessitam de um apoio urgente para lidarem com uma perda que tem impacto em todos os aspetos das suas vidas (Barczinski, 2016).

Um dos mais estudiosos desta população foi Cholden (1958), que na sequência das suas observações psiquiátricas fez referência a um processo com três fases, atravessadas pelos doentes com perda de visão (claro que estes estágios podem acontecer se a pessoa com DV não tiver qualquer apoio psicológico): (1) inicialmente há uma fase de **choque**, muitas vezes descrita pelo autor como uma sendo uma proteção emocional anestésica (sendo que, quanto mais longa é esta fase mais difícil é a reabilitação); (2) segue-se a fase da **depressão**, geralmente acompanhada de pensamentos suicidas e autopiedade (podendo mesmo ocorrer retardo psicomotor); (3) a depressão pode passar a uma **depressão masoquista**, onde a pessoa perde a identidade, fica como que a vegetar, torna-se dependente crónico de outras pessoas da sua rede social, não se ajusta à sua nova situação e pode ficar num estado psicopatológico, agrupando-se a outros com o mesmo problema, que consideram o mundo hostil e se revoltam contra a sua situação, culpabilizando os outros. Já Schulz (1977) também sugere três fases (mas com um desfecho mais positivo): o choque (de estar perante uma nova e limitante

vivência humana), a depressão anaclítica (ao confrontar-se com a sua perda de autonomia) e o reajustamento (à sua nova condição).

Por sua vez, Fitzgerald (1970) efetuou um estudo onde procurou obter, de uma forma científica e sistemática, as reações psicológicas das pessoas com DV, dando conta de quatro fases: (1) a da **descrença** (onde há uma negação da cegueira); (2) a do **protesto** (onde há recusa do uso de objetos de auxílio (e.g., a leitura em braile e a bengala); (3) a **depressiva** (onde a pessoa já está bem ciente de que não vai voltar a ver e onde pode ocorrer ideiação suicida, ansiedade, bem como alteração de apetite e de peso); (4) seguindo-se a fase da **recuperação** (onde a pessoa aceita a cegueira e já não precisa de ajuda psicológica; chegar a esta quarta fase pode demorar até cerca de um ano). Acresce que na primeira fase as reações de negação podem ser maníacas, com elevada dependência, competição ou comparações excessivas com os outros, agressividade ou excesso de amabilidade, sensibilidade a críticas, dificuldade em fazer amizade com outras pessoas com DV, insegurança e desconfiança (bem como ressentimentos por se sentir inferior), predominância de pensamento mágico, dúvida sobre a sua sexualidade (e.g., sentir-se castrado), inveja, descontentamento, procura de um parceiro também ele com DV, isolamento, elevada necessidade de aprovação e de afeto (Barczinski, 2016).

3.2.1 Complicações colaterais. Claro que quando alguém perde o campo visual, tem outras perdas associadas (às quais também necessita de se ajustar), como a perda da integridade física (e.g., sentimento de mutilação), perda dos sentidos remanescentes (e.g., diminuição do tato, da memória e do olfato) devida a desorientação inicial, perda de competências básicas (e.g., andar), sensação de repetidos fracassos conforme vai perdendo capacidades para a vida diária (e.g., higiene, alimentação, contar o dinheiro), deixa de haver comunicação escrita e corporal (conforme a pessoa estava habituada), perda de privacidade (pois a pessoa com DV não passa despercebida) e, em muitos casos, perda da profissão numa altura em que precisa de dinheiro para a sua recuperação (Gil, 2000; Barczinski, 2016); a este respeito, num estudo de Fitzgerald, Ebert e Chambers (1987) observou-se que apenas 11 dos 66 participantes invisuais eram trabalhadores. Portanto, para além da intensa catástrofe pessoal que é perder a visão, estes pacientes perdem também a mobilidade, o trabalho, a autoestima, ficam muito ansiosos, têm sintomas depressivos e ideiação suicida (Fitzgerald, 1970; 1971; Fitzgerald, *et al.*, 1987). Por outro lado, como a vida está centrada no sentido visão, a pessoa com DV sente-se incompleta, como alguém que já não é o que era e com uma diferença física significativa face aos demais (Medeiros, 2009). Logo, não se trata apenas de

uma diferença física, também é necessário considerar que há alterações na dimensão social e psicológica (Guedes, 2015).

3.2.2 O papel da família. Perante a adversidade de ter uma pessoa com DV, por vezes, as famílias dão respostas desajustadas, sendo as mais comuns: o abandono ou a superproteção (Medeiros, 2009). Já Kroeff (2012) refere que a superproteção pode levar a um atraso no crescimento pessoal do paciente (por ausência de um amor responsável), enquanto a proteção pode ser considerada um amor responsável; mas também encontramos famílias que vendo um membro da família com uma deficiência, desenvolvem as suas potencialidades para lhe dar suporte. Porém também é essencial considerar que a reação da família irá depender da informação que recebe e de como ela é transmitida (Oliveira & Carvalho, 2006) portanto se as famílias forem informadas não só sobre as complicações físicas mas também sobre as psicológicas, a pessoa com DV poderá ajustar-se melhor à sua condição.

3.2.3 O papel do psicólogo. No acompanhamento psicoterapêutico de pessoas com DV, o psicólogo deve ter um papel mais ativo, pois deve estar disponível para tocar no paciente, ir buscá-lo à sala de espera e levá-lo pelo braço até ao consultório. Como não há contacto visual pode parecer que o paciente está desligado do terapeuta, mas isso é algo a que este se deve habituar, bem como, a aprender a decodificar as expressões distorcidas e os gestos que podem estar descoordenados (Adams, 1980).

Globalmente, o psicólogo deve estar disposto a ajudar o indivíduo a estar satisfeito e adaptado à sociedade. Deve também estar atento aos momentos de crise do paciente (em vez de se focar e.g., na exploração do seu passado). É importante que se identifique com o paciente e seja sensível, para captar o que vem do seu inconsciente; no fundo deve tentar sentir e compreender a pessoa dentro da doença, levando em conta que há vários fatores importantes para a reabilitação da pessoa com DV: a sua tolerância à frustração, a quantidade de limitações que a falta da visão implica, a reação da rede social, as realizações que obteve antes da doença, a estabilidade emocional, as responsabilidades que tinha antes da perda da visão e a faixa etária do paciente. Já os fatores que menos contribuem (para a reabilitação psicológica) são: a falta de esperança e uma família com comportamento excessivo de zelo, o que pode provocar dependência no paciente (Barczinski, 2016).

3.3 A Busca de Sentido Depois da Perda de Visão.

O facto de se perder a visão depois de já se ter visto, em jovem ou em adulto, implica ter de enfrentar um trauma psicológico, encontrar novos sentidos para a vida e novas forças

adaptativas (Guedes, 2015). E a busca de sentido remete, irremediavelmente, para o trabalho de Viktor Emil Frankl (1905-1997), um psicólogo conhecido por ter estado num campo de concentração na Segunda Guerra Mundial (por ser judeu) e por ser o criador da Logoterapia. Para Frankl (2011), os acontecimentos de vida trazem sempre uma oportunidade de sentido, mesmo em situações desastrosas. Cada indivíduo vai então realizar valores (que podem ser de criação, atitudinais ou experienciais) para encontrar de novo o sentido. Frankl (2008) refere também um otimismo trágico, onde a pessoa se mantém otimista apesar da tríade trágica (culpa, dor, morte), ou seja, apesar das circunstâncias, consegue dizer sim à vida. Porém é confrontado com um vazio existencial, uma incompletude de sentido, que se pode caracterizar por desânimo, tédio e dificuldades em se projetar para o futuro. Apesar disso há uma potencialidade latente em cada situação que pode e que deve ser descoberta.

Para Kroeff (2012) as pessoas com DV, levando em consideração as limitações que lhes são impostas, devem esforçar-se para descobrirem e atribuírem novos valores à sua existência, lidando com as suas limitações e adquirindo novas capacidades que os levem a ultrapassar a estigma da invalidez. Guedes (2015) realizou um estudo qualitativo onde foram questionados sete videntes que perderam a visão; aferiu sentimentos de tristeza, depressão e ansiedade. Concluiu que a perda é sentida como um processo doloroso de expectativas que implica uma elevada ansiedade; em alguns casos as pessoas buscam sentido na religiosidade atribuindo à cegueira uma «vontade divina», o que (segundo Frankl, 2008; de Aquino, 2014) pode ser uma dimensão da explicação do sofrimento, que se sobrepõe ao intelecto. Nestes casos, o recurso à espiritualidade pode contribuir para encontrar significados e propósitos de vida face a uma nova situação vivencial (Bagheri *et al.*, 2017).

Ainda no estudo de Guedes (2015) a perda de locomoção e a dependência foram as mudanças mais referidas (após a perda de visão). A família foi de grande apoio e as instituições para pessoas com DV ajudam-nas a reaprender algumas funcionalidades que as tornam mais independentes. Quanto às mudanças psicossociais, foram salientados quatro excertos; em dois deles os sujeitos sentiram-se dependentes, mas nos outros dois sentiram que as suas vidas mudaram para melhor: um completou os estudos e outro referiu que mudou aspetos da sua personalidade, sentindo-se mais sociável e satisfeito com a vida. Assim (conforme Caterina, 2008) existem pessoas que após o luto da perda se tornam mais tolerantes nas suas relações e encontram maneiras de ultrapassar frustrações, usando as suas competências para encontrar novos sentidos para as suas vidas. Portanto, apesar das

limitações que a perda da visão pode implicar, realizando valor, as pessoas com DV podem dar sentido às suas existências (Kroeff, 2012).

Refere ainda Guedes (2015) que quando questionados sobre como é que vivem atualmente, os inquiridos responderam que já lidam normalmente com a sua cegueira. Já quando questionados sobre o encontro de sentido ou de um porquê de viver, verificou-se que estavam cientes dos sentidos das suas vidas, especialmente quando se abrem ao outro e ao mundo, uma alteração psíquica a que Frankl (2008) designou por autotranscendência, isto é, um movimento humano para algo de maior, fora de si mesmo.

3.4 Implicações Clínicas

Os psicólogos e *counselors* que trabalham com pessoas com deficiências físicas, devem-se informar e aprender sobre cada deficiência para melhor ajudarem os seus pacientes e fazerem um trabalho inclusivo e respeitoso, onde lhes sejam dadas iguais oportunidades (Kanellakis, 2010). Os profissionais também devem explorar os seus sentimentos no sentido de ultrapassarem os estereótipos (relativamente às pessoas com deficiências), que os podem estar a impedir de estabelecer boas relações terapêuticas. Assim o profissional deve ver a pessoa como um todo sem exagerar as suas características negativas e/ou a sua deficiência. O importante é quebrar os estereótipos e usar estratégias terapêuticas que ajudem a pessoa a integrar-se na comunidade. Em suma as pessoas com deficiência merecem um profissional com competências específicas (Marshak & Seligman, 1993).

4 PRINCIPAL MODELO TEÓRICO

Não tendo encontrado na literatura um modelo teórico que seja considerado o mais usado ou adequado para pessoas com DV, em sofrimento psicológico, fiquei a saber, em conversa com o Dr. João Pedro Fonseca (2016), que se usa uma abordagem integrativa no acompanhamento psicológico desta população.

4.1 A Abordagem Integrativa

Desde os anos 90 do século passado que a abordagem integrativa tem vindo a ganhar uma ampla aceitação na comunidade psicoterapêutica (Norcross & Goldfried, 2005). Num estudo recente (com 1019 psicoterapeutas) somente 15% referiu usar apenas uma orientação teórica na sua prática clínica (Tasca *et al.*, 2015). O foco principal da psicoterapia integrativa

é o de integrar investigação, teoria e prática a fim de melhorar a eficiência da psicoterapia em pacientes específicos, usando intervenções específicas em momentos específicos.

Portanto ao invés de se aplicar um modelo ao paciente, na prática, ajustam-se as teorias e os modelos aos pacientes em função da sua singularidade e do que estão a vivenciar no momento. No fundo, a abordagem integrativa procura prestar um serviço de alta qualidade, a partir do esclarecimento de um conjunto de questões básicas: que tratamento, efetuado por quem, poderá ser o mais eficiente para uma pessoa específica, num dado momento, com um problema específico? (Boswell, 2016). Existem porém mais de 400 abordagens psicoterapêuticas, que têm por base diferentes modelos teóricos (e.g., sistémico, cognitivo), formatos (e.g., individual, grupal), duração temporal e frequência (Zarbo, Tasca, Cattafi, & Compare, 2016) logo não é uma tarefa fácil ter uma total noção das variadíssimas ferramentas psicoterapêuticas que existem. Ainda assim, pareceu-me que a terapia do luto poderá possuir conteúdos que poderão ser importantes considerar no acompanhamento psicológico de pessoas com DV dado que passam por processos psicológicos semelhantes.

4.2 Terapia do Luto

Haver sofrimento depois de uma perda, ficando de luto ou chorar, é uma resposta normal e adaptativa que todas as pessoas experienciam ao longo da sua vida, e que a maioria consegue ultrapassar (Olasinde, 2012) regressando ao seu funcionamento normal (passados três a seis meses após a perda); porém o impacto de uma perda varia muito em função das características pessoais de quem fica a sofrer, bem como da natureza da perda (Allumbaugh & Hoyt, 1999). Iniciada com o trabalho de Freud (1917/1957), a terapia do luto (*Grief Therapy* em inglês) desenvolveu-se com a abordagem rogeriana (Sanders, 1999) bem como com a da *gestalt* e a comportamental (Barbato & Irwin, 1992), logo ela própria já é integrativa. E dado que a pessoa com DV sofre uma perda muito significativa, talvez a terapia do luto possa contribuir para um melhor acompanhamento psicoterapêutico dessa população.

4.2.1 Tipologia da perda. As perdas que podem suscitar sofrimento e necessitar de um processo de luto agrupam-se em onze categorias: (1) perda de função corporal (e.g., visão, audição ou mobilidade); (2) perda de liberdade após encarceramento (e.g. político); (3) perda de saúde (e.g., doenças que limitam ou debilitam a vida); (4) perda de casa ou de bens (e.g., na sequência de catástrofes naturais ou provocadas pelo homem); (5) perda de independência (e.g. idosos que vão para um lar ou o casamento); (6) perda de emprego, renda ou salário (e.g. por despedimento, reestruturação ou aposentação); (7) perda de relacionamento (e.g., por

separação ou divórcio); (8) perda de segurança (e.g., após abuso sexual ou roubo); (9) perda de função sexual; (10) perda de objetos estimados; (11) perda de esperanças e de desejos (Olasinde, 2012), bem como aquando de rituais de passagem no desenvolvimento humano, como por exemplo o que ocorre da infância para a adolescência, onde podem surgir dificuldades nos processos de perda e de luto (Brêtas *et al.*, 2008).

4.2.2 Os três tipos de luto. Existem três tipos de luto complicado: (1) o crônico, onde o indivíduo leva mais tempo do que o tempo expectável (ou considerado como sendo normal); (2) o atrasado (ou tardio), onde o indivíduo só faz o luto algum tempo depois da perda; (3) o inibido (ou distorcido), onde a pessoa mascara o luto ou exagera-o (Bowlby, 1969/1990; Jacobs, Kasl, Ostfeld, Berkman, & Charpentier 1986; Jacobs, 1993; Rando, 1993; Worden, 2009). Portanto também poderá ser importante considerar estes três tipos de reação a uma perda significativa, na abordagem psicoterapêutica para com pessoas com DV. Por exemplo o luto inibido poderá levar os familiares a considerarem que estes pacientes poderão estar a lidar bem com a sua perda, porém um psicólogo atento poderá ajudar a desvendar um estado de sofrimento oculto, pois conforme sugere Ferreira (1965): “vê mal quem só vê o que se vê bem” (p. 86).

4.2.3 Fases do processo de luto. Freud (1917/1957) considerou que o luto é um trabalho psicológico de elaboração de uma perda significativa através da qual a energia psíquica (ou líbido) é gradualmente desligada da pessoa amada, ficando o ego com essa líbido livre para poder ser dirigida para outra pessoa. Este desligamento e redirecionamento implica um processo.

O processo de luto é mais fácil de se ultrapassar, quando o indivíduo tem algum tipo de apoio (em vez de ficar a lamentar-se sozinho), seja da rede social (e.g., família e amigos), seja de ajuda especializada (e.g., grupos de suporte, terapeutas ou outros profissionais). É importante nesse processo, que a pessoa se cuide fisicamente (e.g., comer e dormir bem) e não use o álcool ou drogas para entorpecer o sofrimento. Também é útil que a pessoa não pense sobre como se deveria estar a sentir, nem deixe que os outros lhe digam como se deve sentir, mas sim, sentir o que houver para sentir (seja necessidade de chorar, seja de rir, seja e.g., raiva de uma pessoa que faleceu). Para melhor ultrapassar o processo, pode ainda ser útil fazer planos para o futuro (e.g., festejar o aniversário do falecido) e ter atos de bondade para com os outros (Jacobs, 1993; Schut, de Keijser, & van den Bout, 1994; Dyer, 2002).

Muitos autores têm escritos sobre as fases do luto e existe pelo menos um que elenca doze fases (Worden, 2009). Por exemplo Sanders (1999) enumerou cinco fases: (1) o choque; (2) o reconhecimento da perda; (3) a retirada da conservação; (4) a cura; e (5) a renovação. Já Bowlby (1969/1990) observou quatro fases num processo de luto: (1) o entorpecimento; (2) o anseio; (3) a desorganização e desesperança; e por fim (4) a reorganização.

Kübler-Ross (2000) estudou as fases psicológicas de pessoas em estados terminais, quando deparadas com a sua própria morte, e observou cinco fases do luto (ou a perspectiva da morte ou de uma perda significativa):

(1) **Negação**, que é uma defesa psíquica, normalmente temporária, onde o indivíduo tenta evitar o problema, não entrando em contacto (e.g., através de conversas) com a realidade da perda (e.g., como a da visão, um emprego ou a morte de um ente querido), o que funciona como uma espécie de para-choque após receber uma notícia chocante ou inesperada, dando tempo ao indivíduo para se recuperar e encontrar recursos que o ajudem a encarar o problema. Isto não significa que o indivíduo não queira falar sobre o problema e não se sinta aliviado por poder conversar com alguém sobre a sua perda, mas deve partir da pessoa esse interesse; e é mesmo possível que depois de enfrentar o problema, o paciente volte a assumir a posição de negação, logo, o psicólogo não deve insistir com ele no sentido de encarar os factos.

(2) **Raiva**; nesta fase o indivíduo sente-se revoltado com o acontecimento (e muitas vezes com tudo ao seu redor) sentindo-se injustiçado sem se conformar com a perda. É uma fase muito difícil para os que rodeiam este indivíduo, já que a raiva propaga-se em todas as direções e projeta-se no ambiente, muitas vezes sem razão plausível (e.g., os médicos não prestam ou as enfermeiras não fazem nada de jeito). Mas se o paciente for respeitado e compreendido, ir-se-á acalmar, ficará menos exigente, sentirá que tem valor e que é alguém que precisa de cuidados. Portanto analisando a raiva e não se reagindo a ela, como se fosse pessoal (e.g., respondendo também com raiva e aumentando a raiva do paciente), poderá contribuir para tranquilizar o indivíduo.

(3) **Negociação**, nesta fase o indivíduo começa a negociar, começa a fazer promessas no sentido de ficar melhor e de conseguir sair da situação. Um pouco como as crianças quando recebem um «não», fazem birra, pensam sobre o assunto e voltam aos pais com uma troca (e.g., lavo a loiça se me deixarem ir ao cinema). Todavia também pode surgir o pensamento mágico: esperar que um milagre traga de volta aquilo que se perdeu.

(4) **Depressão**; nesta fase as pessoas isolam-se, remetem-se para o mundo interno, onde se sentem impotentes e melancólicas; dado que já não conseguem negar mais a perda, o melhor a fazer é animá-las e encorajá-las, com muita conversa e intervenções ativas (para que não tenham uma depressão silenciosa) no sentido de conseguirem ultrapassar as suas ansiedades, angústias e alcancem a aceitação, considerando que todos estes sentimentos são necessários para que o processo de cura se inicie.

(5) **Aceitação**; nesta fase o desespero desaparece e a pessoa já consegue perceber a realidade tal como realmente é, ficando pronta para enfrentar a perda ou a morte. Já conseguiu exteriorizar os sentimentos de raiva e de angústia, já lamentou a sua perda e deixou de lutar (no caso de doentes terminais).

Também é importante considerar que estes cinco estágios não têm uma sequência linear, mas é muito comum que as pessoas passem por, pelo menos, duas dessas fases; porém há pessoas que podem não conseguir ultrapassar alguma delas e ficam estagnadas numa fase. Então, o papel do psicólogo passa por identificar em que estágio a pessoa se encontra para a ajudar na resolução desse estágio, facilitando-lhe a vivência do seu luto (*idem, ibidem*) mas de uma forma individual e única, já que estas fases nem sempre se encaixam no indivíduo que vive uma perda, pois podem surgir outras respostas (sendo a sua duração variável e única para cada pessoa): falta de concentração, sensação de dormência (principalmente quando acabam de receber a notícia), alteração dos padrões de sono, mudança de hábitos alimentares e emoções descontroladas (James & Friedman, 2009).

No entanto, será útil lembrar que estes estágios de Kübler-Ross foram observados em pessoas que souberam que iriam ter pouco tempo de vida, logo, em casos de outras perdas podem existir variações (Worden, 2009). Ainda assim a proposta de Kübler-Ross (2000) inclui particularidades não contempladas por Cholden (1958) e por Schulz (1977) que apenas consideram três fases, nem por Fitzgerald (1970) que não considera um período de profunda zanga (o segundo estágio de Kübler-Ross, a raiva) nem um de negociação, os quais, sendo considerados, poderão acrescentar qualidade ao acompanhamento psicoterapêutico da população com DV.

4.2.4 Atitudes para com a perda. Considerando que uma atitude (para com um objeto atitudinal, e.g., uma perda) engloba três grandes dimensões: sentimentos, cognições e comportamentos (Bohner & Wanke, 2003) também poderá ser importante considerar esta tríade no trabalho com as pessoas com DV.

Os sentimentos mais comuns das pessoas que passam por uma perda são: tristeza, zanga, culpa (por não ter feito melhor), ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, em choque, saudade, entorpecimento, sentimento de dissociação, mas também emoções positivas como a emancipação e alívio, por exemplo, de uma filha que perdeu um pai tirano (Worden, 2009). Já Lindemann (1944) salientou a preocupação com a imagem do falecido e também a culpa relacionada com a circunstância da morte ou relativamente ao falecimento. Quanto às cognições mais comuns são: a incredulidade, a confusão de ideias, preocupações e relatos da presença do falecido (nos dias a seguir à perda, o que pode incluir alucinações); por outro lado há três crenças que podem ser desafiadas após uma perda: o mundo é um lugar justo, o mundo faz sentido, eu sou merecedor (Janoff-Bulman, 1992). Já quanto aos comportamentos salientam-se: a distração, o retraimento social, o evitamento de memórias da pessoa falecida (ou, noutros casos, chamá-la), hiperatividade, a necessidade de suspirar e de chorar, visitar lugares (ou andar com objetos) que lembram o falecido, guardar objetos do falecido como se fossem tesouros (Worden, 2009) e reações hostis (Lindemann, 1944). Há mesmo casos onde as pessoas investem numa nova vida, mas mantêm uma ligação continuada com o falecido (Klass, Silverman, & Nickman, 1996; Field, Gal-Oz, & Bonanno, 2003; Worden, 2009); num estudo onde entrevistaram 125 crianças (cujos pais faleceram), dois anos após as perdas as crianças ainda se sentiam a ser observadas e acompanhadas pelos pais que faleceram (Silverman, Nickman, & Worden, 1992).

Claro que, estas componentes atitudinais podem levar a dificuldades em funcionar como antes da perda e a distúrbios somáticos (*idem, ibidem*), sendo as sensações físicas mais comuns a de vazio no estômago, aperto na garganta (e/ou no peito), sensibilidade ao ruído, falta de ar, fraqueza muscular, boca seca, sono perturbado (incluindo sonhos com a pessoa falecida), alteração de apetite e falta de energia (Worden, 2009).

4.2.5 Diagnóstico da perturbação de luto. Num estudo de Horowitz, Bonanno e Holen (1993), onde foram questionadas 70 pessoas em luto (entre os 6 e os 14 meses após a perda), com 30 questões (relacionadas com possíveis sintomas de luto complexo) retiradas do instrumento *Impact Events Scale* (criado para caracterizar as perturbações relacionadas com o stress), foram criados os primeiros critérios de diagnóstico para o luto patológico: (1) haver um evento **stressor**, que implique uma perda significativa; (2) ocorrerem **intrusões** (i.e., ideias, imagens, sonhos e/ou memórias intrusivas angustiantes e intensas); (3) haver **negação** (i.e., o evitamento de comunicação ou de pensamentos relacionados com a perda, incluindo ter uma relação implícita, por mais de seis meses com o falecido; e (4) haver **falha de**

adaptação, isto é, uma incapacidade de manter as responsabilidades em casa ou de voltar ao trabalho (após um mês), haver barreiras para novas relações (após 13 meses) e/ou sintomas somáticos e fadiga excessiva (que persistam para além de um ano após a perda). A partir deste estudo os critérios têm sido completados (Prigerson *et al.*, 1999; Prigerson & Jacobs, 2001; Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath, & Stinson, 2003; Prigerson *et al.*, 2009; Shear *et al.*, 2011) até à inclusão da Perturbação do Luto Complexo Persistente no DSM-5 (Anexo A).

4.2.6 O papel do psicólogo no ajustamento à perda. Após uma perda significativa, o psicólogo poderá ajudar em vários ajustamentos psicológicos que os indivíduos poderão ter de efetuar: no processo de dor emocional associado à perda, no ajustamento à realidade, nos ajustamentos externos (e.g., novas formas de fazer as tarefas do quotidiano, ir para uma casa onde já não está a pessoa falecida), nos ajustamentos internos (e.g., encontrando novos sentidos para a vida, e.g., para uma mulher que perde o esposo, o luto não significa apenas um luto do outro significativo mas também a perda de parte do seu eu) e nos ajustamentos espirituais (e.g., uma perda pode colocar em causa os valores fundamentais de uma vida de crenças religiosas e/ou filosóficas) (Zaiger, 1985; Worden, 2009; Guedes, 2015).

Por outro lado, a terapia do luto tem como objetivo estabelecer uma aliança terapêutica que ajude o paciente a sentir a sua perda e a resolver os conflitos que tem evitado (Worden, 2009). Para esse efeito também é importante diminuir as alterações emocionais do paciente, ajudando-o na sua auto-organização (Basso & Wainer, 2011), identificar os recursos que a pessoa tem disponíveis (e.g., na rede social), bem como as suas principais preocupações e avaliar as prioridades, auxiliando-a na tomada de decisão (Remor, 1999), tendo presente uma postura empática, respeitadora do ritmo do paciente, ajustada ao funcionamento da pessoa (sem a confrontar) e, sempre que se justificar, reforçar a sua autoeficácia, para que ela reconheça as suas capacidades (Miller & Rollnick, 2001).

5 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

5.1 Atividade Clínica

5.2.1 Em geral. Este estágio foi de aproximadamente 400 horas, onde se incluem a atividade clínica, outras atividades relacionadas com o estágio e o tempo despendido a fazer pesquisas e a ler artigos e livros para validar e reforçar empiricamente o texto central deste relatório, em especial o enquadramento teórico e as conclusões (Anexo B).

5.2.2 Consultas assistidas. Assisti a 40 sessões conduzidas pelo Dr. João Fonseca, durante as quais me inteirei das diversas dinâmicas da população com DV. Em geral, a idade destes utentes era superior a 50 anos, mas também houve oportunidade de assistir a algumas consultas de pessoas mais jovens (todas elas com DV). A grande maioria apresenta quadros depressivos e dificuldades em lidar com o facto de já não verem como viam anteriormente.

Mas os temas abordados pelos consultantes também incluem problemas com **familiares** (e.g., familiares que não ajudam ou serem abandonados pelos familiares em lugares que não conhecem, tendo depois dificuldades em voltar para casa), problemas **existenciais** (e.g., onde as pessoas com DV dizem: “já nem sei quem sou”, em casos onde a sua identidade está muito associada àquilo que podiam fazer e que agora já não podem; ou mesmo perante as dificuldades em preencher o tempo, pois a maioria das atividades que fazemos necessita da visão) bem como problemas práticos de **funcionamento social** (e.g., o de comer em público e a vergonha associada a essa dificuldade). De uma maneira geral, a depressão, a dificuldade na autonomia e a dificuldade em aceitar o seu problema físico, são fatores comuns nesta população e é onde existe mais necessidade de apoio psicológico.

Em todas as sessões a que assisti (efetuadas pelo Dr. João Fonseca) foi-me explicada previamente a história da pessoa (para uma maior compreensão de cada caso) e conversámos, após cada sessão, sobre as intervenções e os temas abordados. Foi-me também dada a oportunidade (em quase todas as sessões e no seu final) de eu colocar uma questão diretamente aos utentes ou de efetuar alguma intervenção específica (e.g., sugeri a uma utente, que estava com medo de caminhar à noite, recorrendo à sua bengala, que experimentasse caminhar primeiro na zona em torno da sua casa, que é uma zona bastante conhecida para ela, a fim de se habituar a caminhar com a bengala à noite; tendo ela seguido a sugestão, na sessão seguinte estava bem mais calma relativamente à sua autonomia).

5.2.3 Consultas efetuadas. Nas sessões efetuadas por mim, o Dr. João Fonseca esteve sempre disponível para conversarmos sobre cada caso e sugerir intervenções para as consultas seguintes. Também leu os relatórios que fui efetuando e deu sempre sugestões para os melhorar. Efetuei cinco rastreios (com a presença do Dr. João Fonseca): (1-2) duas senhoras com dificuldades em se relacionarem com os esposos (que têm DV); uma não voltou à consulta e a outra prosseguiu com o acompanhamento psicoterapêutico (o Caso A, descrito adiante); (3) um rapaz com DV que procurava somente orientação profissional (que compareceu apenas a duas consultas); (4) um senhor que apresentava sinais depressivos, mas que oscilava entre as nas fases da negação e da revolta e não compareceu à segunda consulta;

(5) uma senhora que para além de ter DV tem problemas oncológicos (o Caso S, que foi por mim acompanhada). Estes cinco casos são descritos adiante em duas secções: rastreios (que inclui os três casos que não passaram a acompanhamento) e casos clínicos (que inclui os dois casos requeridos para a elaboração do presente relatório).

5.2 Outras Atividades Realizadas

Foram várias as atividades realizadas para além das consultas de psicologia clínica. Assisti a três dias de consultas de oftalmologia (subespecialidade de Subvisão) para conhecer a população com DV. Aprendi a administrar e a cotar quatro instrumentos psicométricos (embora não os tenha usado nos dois casos que acompanhei): o Inventário de Depressão de Beck, a SCL-90 (*Symptom Checklist-90*, que avalia sintomas psicopatológicos), a WMS (*Wechsler Memory Scale*, que serve de auxiliar de diagnóstico para com problemas de funcionamento da memória) e a MOCA (*Montreal Cognitive Assessment*, que avalia disfunções cognitivas, e.g., linguagem, percepção visuoespacial e capacidade atencional). Assisti a uma apresentação (no IOGP) sobre um caso de uma grávida com DV e as contraindicações dos medicamentos nos fetos.

Devido a existirem poucas consultas de primeira vez e havendo a necessidade de ter pelo menos dois casos para completar o estágio, dei três sugestões (em Novembro de 2016) para dinamizar o local do estágio: (1) criar um panfleto dirigido aos utentes do IOGP no sentido de sensibilizá-los para a existência de consultas de psicologia e para aquilo a que ela se propõe; esta ideia foi aceite e implementada em Abril de 2017 (Anexo C); (2) criar um panfleto de sensibilização e informação aos médicos sobre como os psicólogos podem ajudar as pessoas com DV; esta ideia foi transformada pelo Dr. João Fonseca numa *newsletter* que incluiu a informação sobre a existência de uma estagiária do ISPA e sobre a expansão da psicologia no IOGP; (3) motivar os funcionários (e.g., enfermeiros, assistentes sociais e administrativos) a recorrerem às consultas de psicologia; mas rapidamente percebi que sendo o IOGP um meio pequeno poderia ser constrangedor para alguns funcionários saber-se que estavam a recorrer a apoio psicológico, logo, não foi dada sequência a esta sugestão.

Como consequência da passagem à prática destas ideias e da presença de uma estagiária de psicologia clínica do ISPA, dando mais visibilidade ao gabinete de psicologia do IOGP, foi proposto (pela Direção Clínica do IOGP) fazermos uma apresentação (Anexo D) a todo o corpo clínico do IOGP, sobre a psicologia aplicada à população com DV, onde o Dr. João falou sobre a pertinência da psicoterapia de apoio nesta população e eu apresentei um

caso, ilustrativo, referente a um paciente acompanhado pelo Dr. João, incluindo nele, como forma de o enquadrar, comentários baseados nos estágios da perda segundo Kübler-Ross (2000). Por fim, para além das horas supramencionadas, para me inteirar mais sobre a população com DV, vi vários filmes que incluíam personagens com DV (e.g., *At First Sight*, produzido por Cowan, Paradiso, & Winkler, 1999), bem como vários vídeos no *YouTube* sobre esta população (e.g., *Best Things About Being Blind*, produzido por Edison, 2012).

[Por motivos de confidencialidade e anonimato foram daqui excluídas as **Consultas de Rastreio** (onde se incluíam três casos, com descrição de: motivo da consulta; sobre o trabalho; ambiente familiar; tempos livres; quadro oftalmológico; outros problemas de saúde; autonomia; quadro psicológico; observações durante a consulta; situações pendentes; e outras observações), os **Casos Clínicos** (onde se incluíam dois casos, com descrição de: motivo da consulta; sobre o trabalho; estudos; tempos livres; quadro oftalmológico; ambiente familiar; problemas de saúde; quadro psicológico; observações durante as consultas; situações pendentes durante as sessões; plano de intervenção usado) e os **Anexos** associados (designadamente, os anexos E, F, G, H e I).]

6 REFLEXÕES SOBRE OS CASOS

6.1 Caso A

Este caso ressoou com a minha pessoa porque reconheço também em mim o hábito de cuidar. Tenho uma profissão de ajuda há cerca de 20 anos e também cuidei durante 14 anos do meu pai (após ele ter sofrido um acidente vascular cerebral), portanto a disponibilidade de A para ajudar os outros não é nova para mim. E ao olhar de fora para alguém com esta característica semelhante, vejo reflexos de fragilidades narcísicas, isto é, de um desejo em mim em ser vista como a pessoa que sinto que sou, mas cuja existência, em parte e talvez já desde o ventre materno, terá passado um pouco despercebida.

Talvez por isso, tenho vindo a explorar-me interiormente há cerca de duas décadas, para tentar ser uma melhor pessoa, mergulhando em mim, reconhecendo e aceitando os meus aspetos mais sombrios. Mas talvez seja um trabalho inglório, porque pelo menos uma pessoa que eu gostaria que me visse, já não me irá ver com os seus olhos físicos. Ou talvez já não faça sentido esse movimento de querer ser vista, porque essa pessoa poderá estar a ver-me através de um outro olhar, com os olhos de outra existência, que questiona a finitude. E estará a ocorrer algo semelhante com a A? Por quem será que ela quer ser realmente vista?

Mas A também foi um reflexo de um outro aspecto de mim: a ambivalência atitudinal associada à dificuldade em tomar decisões que possam ter um impacto negativo nos outros, bem como deixar-me sentimentos culpa por magoar alguém na sequência dessas decisões. Então acabo por tomar decisões, e fazer escolhas, de forma a causar o mínimo de estragos, de forma a existirem o menor número de lesados possível, mas, nessa sequência, muitas vezes descuro a minha parte, não considero o que seria melhor para mim ou a solução que me daria mais prazer. Tal como no caso da A, onde ela parece descurar a sua existência, o seu prazer de viver, para não se magoar com o magoar do outro, antecipando essa mágoa no outro, e em si. Mas talvez seja essa a estranha dinâmica de A: a melhor decisão é não magoar, pois como iria ela coexistir com a consciência de ter magoado através do abandono? Até porque ela conhece bem esse sentimento abandonico e revivê-lo, através do sofrimento do outro, poderia causar estragos psicológicos demasiado desestruturantes.

Portanto a ambivalência atitudinal associada à tomada de decisões foi uma dinâmica onde me revi e sobre a qual continuo a refletir. E talvez a solução passe por uma aproximação ao sentido da autotranscendência conforme refere Frankl (2008, p. 76): “o verdadeiro sentido da vida deve ser descoberto no mundo e não dentro da pessoa humana ou de sua psique, como se fosse um sistema fechado”. Portanto, nas tomadas de decisões, da minha perspectiva, como também aparentemente do ponto de vista da A, é importante considerar o seu impacto sistémico, uma vez que as consequências externas desse impacto produzem ecos que, porque não somos sistemas fechados, têm também efeitos internos. E é na perceção dessa interdinâmica que poderá estar o verdadeiro sentido da vida: percebermos que não somos uma consciência isolada, mas uma só consciência, com milhares de milhões de extensões, que vai amadurecendo e evoluindo com as suas múltiplas e diversificadas experiências humanas.

6.2 Caso S

Quando a S surgiu para ser acompanhada com consultas de psicologia clínica, eu estava a sentir-me depressiva uma vez que estava no estágio há cerca de dois meses e não surgiam novos utentes para eu começar a ter prática clínica (correndo o risco de não ter material para este relatório). Poderei então dizer que a S surgiu, em primeiro lugar, para me ajudar a retirar de um fundo depressivo, pois embora esta utente não se tenha aberto para processar muito material clínico, o seu otimismo foi-me contagiando e comecei a ver a luz onde antes só via escuridão, dado que, afinal de contas, o que eram os meus problemas quando comparados com a gravidade do estado de saúde da S (a qual, apesar dessa gravidade, mantinha um estado de espírito positivo e confiante)? Portanto, foi para mim bastante claro

que os utentes também exercem efeitos muito positivos sobre os terapeutas e que esses efeitos devem ser acolhidos com gratidão e vistos como motivadores de uma boa relação terapêutica.

No entanto a boa relação terapêutica não levou a uma boa abertura da S para entrar num processo terapêutico mais profundo, de onde obtivesse maiores proveitos. Mas esta é apenas a perspectiva de alguém que está habituada a trabalhar-se. Poderá a S ter um modo de funcionamento que é de tal forma funcional que qualquer alteração estrutural poderá vir a desorganizá-la? Conforme salienta Spinelli (2005) uma postura defensiva que visa manter o autoconceito pode minimizar o impacto da incerteza e do desconhecido inerente a uma mudança. Logo, não sei se estar a intervir mais (para além do que fiz) poderia correr o risco de causar deterioração em S (que referiu “não tenho assim muita coisa para deitar fora”; e após a ter questionado “Não? Fica tudo aí dentro?” respondeu: “Não, vai passando. Com o tempo passa tudo (...) Eu agora, está tudo bem”). Portanto caso S se tivesse entregado a um processo terapêutico mais profundo, poderia estar a contradizer esta sua crença e a desafiar o seu autoconceito, que tem sido funcional. Heidegger talvez acrescentasse que S, antecipando a sua finitude, enrijeceu a existência já alcançada e que com essa “pre-sença evita recuar para trás de si mesma e da compreensão do seu poder-ser” (1986/2005, p. 48).

Assim, este caso, contribuiu para perspetivar a minha sensação de ter «feito pouco» a partir de outro ângulo, de onde poderei, talvez, «ter feito muito, fazendo pouco», para além da criação de uma nova relação com uma «pessoa de bata branca». Conforme salienta Yalom (2006) a relação terapêutica serve vários propósitos: as pessoas são compreendidas e aceites, ensaiam aptidões sociais (e.g., sobre as exigências de uma relação íntima, aprendendo que ela é possível e alcançável) e “serve como um ponto de referência interno para o qual os pacientes podem voltar em sua imaginação” (p. 177). Portanto parece-me que a S me ensinou a contentar-me com o ter «feito pouco» e a ter mais capacidade de fluir com cada sessão.

6.3 Vê Mal Quem Só Vê o Que Se Vê Bem

Parece-me ser óbvio que as reflexões de ambos os casos estão associadas. Se «fizer pouco» talvez seja «menos vista». Mas poderia ter optado por não olhar-para-dentro. Poderia ter optado por ver o que se vê bem, isto é, por olhar para A e S e ver os seus problemas da forma como eles eram apresentados, mas quis ver para além deles e também quis ver as forças dessas pessoas. E também poderia ter optado por «ver» apenas A e S e não «ver» os ecos dos seus conteúdos em mim. Nesse caso, estaria a «ver mal», mas preferi «ver» o melhor possível.

Por outro lado penso que teria limitado a minha visão se tivesse feito diagnósticos, ou catalogado (com entidades nosológicas), os utentes que atendi e observei durante o estágio, logo não o fiz e usei a *epoché* (i.e., a capacidade de suspender conhecimentos prévios sobre os objetos intencionais; Giorgi & Sousa, 2010) procurando o *eidos* (segundo Biswanger, 1956; i.e., a essência dos fenómenos tal como foram sendo expressos pelas pessoas que atendi) para que os utentes não se sentissem «mal vistos» (ou vistos de uma forma distorcida), o que vai de encontro ao que defende Yalom (2006, p. 22):

“Um diagnóstico limita a visão; diminui a capacidade de se relacionar com o outro como uma pessoa. Uma vez que definimos um diagnóstico, temos a tendência de deixar de nos ocupar com os aspetos do paciente que não se encaixam naquele diagnóstico em especial e, reciprocamente, a dar uma atenção exagerada às características subtis que parecem confirmar um diagnóstico inicial. Mais importante, um diagnóstico pode agir como uma profecia que realiza a si própria”.

Mas também «vi», à medida que ia aprofundando o meu conhecimento teórico e prático sobre esta população de pessoas com DV, a sua necessidade de acompanhamento psicológico, para os apoiar no seu «renascimento» num corpo sem visão física onde têm de reaprender a viver e a encontrar novos sentidos para as suas existências. Mas para além da sua capacidade de lidar com a sua fragilidade humana, também possuem a capacidade de se agarrarem à vida, a coragem de viver, e de continuarem a evoluir. Como também, de uma forma interessante, de continuarem a «ver». Não veem com os olhos físicos, mas «veem» recorrendo aos seus outros sentidos. E quem sabe se, em alguns aspetos mais subjetivos, as pessoas com DV «veem» melhor do que quem vê fisicamente?

Logo, no contacto com esta população, fiquei muito mais sensibilizada para com a importância de «ver» para além do óbvio e do concreto, o que me parece ser uma competência muito importante para quem exerce psicologia clínica e sublinha o que sugere Ferreira (1965, p. 86) “vê mal quem só vê o que se vê bem”. Passei então a ver a visão também de uma forma metafórica: uns são cegos fisicamente e «veem sem ver», outros são «cegos psiquicamente» porque não querem ver o óbvio e veem apenas o que lhes interesse ver. E foi esta «visão» que me levou a efetuar uma longa viagem interna onde «vi» mais algumas das minhas próprias deficiências e encontrei mais alguns dos meus próprios pontos cegos (expressão usada por Yalom, 2006), por isso questiono: afinal quem é o paciente e quem é o terapeuta? Faz sentido esta dicotomia? Sim, formalmente faz sentido. Existe um prestador de serviços e um utente.

Mas esta é a parte que se «vê bem». E a parte que não se vê bem? Essa tem muitas dimensões e uma delas poderá ser: o utente também contribui para a cura e a evolução do terapeuta.

Aliás seria “triste pensar em ficar junto dos outros por tanto tempo e ainda assim, nunca ter deixado que eles fossem importantes o bastante para ser influenciado e modificado por eles” (Yalom, 2006, p. 42), por isso “não importa o quanto a experiência do paciente seja brutal, cruel, proibida ou hostil, podemos encontrar em nós mesmos uma semelhança com ela se tivermos dispostos a adentrar a nossa própria escuridão” (Yalom & Schiller, 2008, p. 113). Foi o que tentei efetuar comigo, transformando um estágio com escassa atividade clínica num estágio com uma atividade clínica propícia para «ver» cada vez mais e melhor o meu interior, aproveitando os temas centrais dos casos que acompanhei, pois parece-me que quanto mais me conhecer e aceitar, mais em paz estarei com a minha existência e menos transferências (e contratransferências) irei efetuar, não só no contexto clínico como nas restantes socializações. Conforme salienta Spinelli (2005), longe de serem objetivas, as nossas perceções dos outros são mais imbuídas de variáveis relacionadas com quem percebe, do que de fatores que de facto pertencem às pessoas que percebemos. Então, parece-me que quanto mais variáveis os psicólogos conhecerem de si mesmos, mais serão capazes de conseguir «ver» o que não se «vê bem», como por exemplo os potenciais movimentos transferenciais que podem criar roturas na aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000; Ryan, Safran, Doran, & Muran, 2012).

E como nos espaços internos também se encontram aspetos positivos, reconheço que o meu movimento consciente para ajudar os outros é cada vez mais genuíno, o que é essencial para uma boa relação terapêutica. Owen (2015) refere que os utentes são empáticos e sabem o quanto os terapeutas se importam, genuinamente, com eles ou não; logo, uma vocação autêntica para cuidar e uma capacidade de empatizar com o sofrimento dos outros são fatores que levam os clientes a regressar e são mais importantes do que as técnicas, pois não existem técnicas que ocupem o lugar de uma posição compassiva. E é para esta posição que este estágio me ajudou a deslocar-me cada vez mais: para um lugar interno a partir de onde o outro é olhado, visto, sentido e amado na complexidade da sua existência, como um ser-no-mundo.

7 REFERÊNCIAS

- Adams, C. E. (1980). Psychotherapy with a blind patient. *American Journal of Psychotherapy*, 34(3), 426-433.
- Allumbaugh, D. L., & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of Grief Therapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 370-380.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(3), 299-306.
- Bagheri, S. H. S., Dehghan, M., Alavi, S. H., Iranmanesh, S., & Khoshab, H. (2017). Burst Out of the Dead Land by the Help of Spirituality: A Case Study of Living with Blindness and Cancer. *Journal of Religion and Health*, 56(896), 1-11.
- Barbato, A., & Irwin, H. J. (1992). Major therapeutic systems and the bereaved client. *Australian Psychologist*, 27(1), 22-27.
- Barczinski, M. C. C. (2016). *Reações Psicológicas à Perda da Visão*. Obtido em 04-10-2016 em <http://www.ibc.gov.br/?itemid=110>
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Batista, C., & Enumo, S. (2000). Desenvolvimento humano e impedimentos de origem orgânica: O caso da deficiência visual. In H. A. Novo & M. C. S. Meneandro (Orgs.). *Olhares Diversos: Estudando o Desenvolvimento Humano* (pp. 157-174). Vitória: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.
- Biswanger, L. (1956). Existential Analysis and Psychotherapy. In F. Fromm-Reichmann & J. L. Moreno (Eds.). *Progress in Psychotherapy*. Nova Iorque: Grune & Stratton.
- Bívar, F. (2012). *O Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto como marco da moderna Oftalmologia Portuguesa*. *Oftalmologia*, 2(36), 187-189.
- Bohner, G., & Wanke, M. (2003). *Attitudes and Attitude change*. Nova Iorque: Psychology Press.
- Boswell, J. F. (2016). Psychotherapy Integration: Research, Practice, and Training at the Leading Edge. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000055>

- Bowlby, J. (1969/1990). *Apego e Perda: A Natureza do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brêtas, J. R. S., Moreno, R. S., Eugenio, D. S., Sala, D. C. P., Vieira, T. F., & Bruno, P. R. (2008). Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paul Enfermagem*, 21(3), 404-411.
- Caterina, M. C. (2008). O Luto: Perdas e Rompimento de Vínculos - Manejo Clínico. *Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba*, 28, 10-25.
- Cholden, L. S. (1958). *A Psychiatrist Works with Blindness*. Nova Iorque: American Foundation for the Blind.
- Clinica de Prevenção e Saúde Oral (2016). *Consulta de Psicologia com Dr. João Fonseca*. Obtido em 02-10-2016 de: <http://www.clinicaclips.com/especialidades.asp?id=5>
- Cohen, O. (1972). Prejudice and the blind. In I. F. Lukoff, O. Cohen (Eds.), *Attitudes Toward Blind Persons* (pp. 16-34). Nova Iorque: American Foundation for the Blind.
- Cowan, R., Paradiso, R. (Produtores), & Winkler, I. (Diretor). (1999). *At First Sight* [Filme]. Estados Unidos da América: Metro-Goldwyn-Mayer.
- Davidoff, L. (2001). *Introdução à Psicologia* (3.^a ed.). São Paulo: Makron Books.
- de Aquino, T. A. A. (2014). *A presença não ignorada de Deus na obra de Viktor Frankl: Articulações entre logoterapia e religião*. São Paulo: Paulus.
- De Leo, D., Hickey, P. A., Meneghel, G., & Cantor, C. H. (1999). Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics*, 40(4), 339-344.
- Dowling, J. S., Hockenberry, M., & Gregory, R. L. (2003). Sense of humor, childhood cancer stressors, and outcomes of psychological adjustment, immune function, and infection. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20, 271-292.
- Dyer, K. (2002). *How to Cope with Loss, Grief, Death and Dying—Professionally and Personally*. Presentation for California Maritime Academy's Dying.
- Edison, T. (Produtor). (03-07-2012). *Best Things About Being Blind* [Vídeo]. Estados Unidos da América: The Tommy Edison Experience. Obtido em 17-02-2017 de: <https://www.youtube.com/watch?v=DBpdcDQG6Tc>
- Ferreira, V. (1965). *Espaço do Invisível: Ensaios* (Vol. 5). Lisboa: Portugália Editora.
- Field, N. P., Gal-Oz, E., & Bonanno, G. A. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(1), 110–117.
- Fitzgerald, R. G. (1970) Reactions to blindness: an exploratory study of adults with recent loss of sight. *Archives of General Psychiatry*, 22, 370-379.

- Fitzgerald, R. G. (1971). Visual phenomenology in recently blind adults. *American Journal of Psychiatry*, 127(11), 1533-1539.
- Fitzgerald, R. G., Ebert, J., & Chambers, M. (1987). Reactions to blindness: A four-year follow-up study. *Perceptual and Motor Skills*, 64(2), 363-378.
- Fonseca, J. P. (2003). Qual a Função do Psicólogo no Gabinete de Sub-Visão do IOGP?. In Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto – Gabinete de Sub-Visão (Ed.). *Sub-Visão: Retalhos de saberes na Reabilitação Visual* (pp. 107-116). Loures: Lusociência.
- Fonseca, J. P. (2012). A importância da psicoterapia na vida das pessoas com deficiência visual e suas famílias. *Associação de Apoio e Informação a Cegos e Amblíopes*. Obtido em 04-10-2016 de: <http://www.aaica.pt/sservicos/psicoterapia.php>
- Fonseca, J. P. (2016). *Comunicação pessoal com o Dr. João Pedro Fonseca*. Lisboa: Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.
- Foucault, M. (2002). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Frankl, V. E. (2007). *A Presença Ignorada de Deus* (10.^a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2008). *Em Busca de Sentido: Um Psicólogo no Campo de Concentração*. São Paulo: Vozes.
- Frankl, V. E. (2011). *A Vontade de Sentido: Fundamentos e Aplicações da Logoterapia* (Edição ampliada). São Paulo: Paulus.
- Freud, S. (1917/1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. XIV), (pp. 239-260). Londres: Hogarth Press.
- Fritz, H. L., Russek, L. N., & Dillon, M. M. (2017). Humor Use Moderates the Relation of Stressful Life Events With Psychological Distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(6), 845-859.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica* (4.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gil, M. (2000). *Deficiência Visual*. Brasília: Ministério da Educação – Secretaria de Educação à Distância.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Guedes, C. P. (2015). *Deficiência visual: Histórias de vida sobre a busca de sentido*. (Tese de Mestrado).
- Heidegger, M. (1986/2005). *Ser e Tempo: Parte II* (13.^a ed.). Petrópolis: Vozes.

- Horowitz, M. J., Bonanno, G., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnoses and explanations. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1(3), 290-298.
- Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto (2014). *O Instituto Gama Pinto*. Obtido em 02-10-2016 de: <http://www.institutogamapinto.com/content/o-instituto-gama-pinto>
- Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto (2015). *Manual de Acolhimento do Utente 1*. Obtido em 04-10-2016 de: <http://www.institutogamapinto.com/content/manual-de-acolhimento-do-utente>
- Kanellakis, P. (2010). Counselling psychology and disability. *Europe's Journal of Psychology*, 6(2), 123-149.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. (1996). *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Washington: Taylor & Francis.
- Kroeff, P. (2012). *Possibilidades e Desafios da Pessoa com Deficiência: Contribuições da Logoterapia e Teoria Sistêmica*. Ribeirão Preto: IECVF.
- Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins.
- Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 135-168.
- Kuiper, N. A., & Borowicz-Sibenik, M. (2005). A good sense of humor doesn't always help: Agency and communion as moderators of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 38, 365-377.
- Jacobs, S., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Charpentier, P. (1986). The measurement of grief: age and sex variation. *British Journal of Medical Psychology*, 59(4), 305-310.
- Jacobs S. (1993) *Pathologic Grief: Maladaptation to Loss*. Washington: American Psychiatric Press.
- James, J., & Friedman, R. (2009). *The Grief Recovery Handbook*. Nova Iorque: Harper Collins.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Nova Iorque: Free Press.
- Lindemann, E. (1944). The Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148.

- Marshak, L. E., & Seligman, M. (1993). *Counseling persons with physical disabilities: Theoretical and clinical perspectives*. Texas: Pro-ed.
- Medeiros, A. (2009). *A Perda da Visão na Adolescência e na Idade Adulta*. Bengala Legal. Obtido em 08-11-2016 de: <http://www.bengalalegal.com/perda-de-visao>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2.^a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Olasinde, T. A. (2012). Stages of Grief, Loss and Bereavement. *Online Journal of Medicine and Medical Science Research*, 1(6), 104-107.
- Oliveira, A., & Carvalho, L. (2005). Deficiência visual: mais sensível que um olhar. *In Rev. Colloquium Humanarum* (pp. 27-38).
- Owen, I. R. (2015). *Phenomenology in Action in Psychotherapy: on Pure Psychology and its Applications in Psychotherapy and mental health Care*. Londres: Springer.
- Parkes, C. M. (2001). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3.^a ed.). Filadélfia: Taylor & Francis.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Nova Iorque: Oxford University Press e Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2012). Psychological adjustment in adolescents with vision impairment. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(2), 145–155.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H.G., & Jacobs, S.C. (2001). *Diagnostic criteria for traumatic grief: A rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test*. Washington: American Psychological Association Press.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 1-12.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rando, T. A. (1993). The increasing prevalence of complicated mourning: The onslaught is just beginning. *Journal of Death and Dying*, 26(1), 43-59.
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 89-106.
- Romundstad, S., Svebak, S., Holen, A., & Holmen, J. (2016). A 15-year follow-up study of sense of humor and causes of mortality: The Nord-Trondelag health study. *Psychosomatic Medicine*, 78, 345-353.
- Rosadas, S. C. (1994). *Educação, Teorias e Práticas Pedagógicas de Deficiência Mental*. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289-297.
- Sá, E. D., Campos, I. M., & Silva, M. B. C. (2007). *Atendimento Educacional Especializado: Deficiência Visual*. São Paulo: Ministério da Educação – Secretaria de Educação Especial.
- Safran, J. S., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Sanders, C. (1999). *Grief: The Mourning After: Dealing with adult bereavement* (2.^a ed.). Nova Iorque: John Wiley.
- Sandler, P. C. (2005). *The Language of Bion: A Dictionary of Concepts*. Londres: Karnac.
- Sasaki, R. K. (1997). *Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos* (Vol. 174). Rio de Janeiro: Wva.
- Schiavon, C. C., Marchetti, E., Gurgel, L. G., Busnello, F. M., & Reppold, C. T. (2017). Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 7(2022), 1-10.
- Schulz, P. (1977). Reaction to the loss of sight. In J. Pearlman, G. Adams, & S. Sloan (Eds.), (pp. 38-67). *Psychiatric Problems in Ophthalmology*. Springfield: Thomas.
- Schut, H., de Keijser J., & van den Bout, J. (1994). Short-term inpatient therapy in groups. Proceedings of the Fourth International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society. *British Journal of Ophthalmology*, 91(5), 579-584.
- Scott, R. A. (1969). *The Making of Blind Men: A Study of Adult Socialization*. Nova Iorque: Russell Sage Foundation.

- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M. F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.
- Silverman, P. R., Nickman, S., & Worden, J. W. (1992). Detachment revisited: The child's reconstruction of a dead parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 494-503.
- Sinick, D. (1981). Disabling stereotypes in counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 4(4), 251-260.
- Sousa, D. (2016). Existential Psychotherapy – The Genetic-Phenomenological Approach: Beyond a Dichotomy Between Relating and Skills. In S. E. Schulenberg (Ed.). *Clarifying and Furthering Existential Psychotherapy: Theories, Methods, and Practices* (pp. 115-130). Oxford: Springer International Publishing.
- Spinelli, E. (2005). *The Interpreted World: An Introduction to Phenomenological Psychology* (2.^a ed.). Londres: Sage.
- Svebak, S., Gotestam, K. G., & Jensen, E. N. (2004). The significance of sense of humor, life regard, and stressors for bodily complaints among high school students. *Humor*, 17, 67-83.
- Svebak, S., Krisoffersen, B., & Aasord, K. (2006). Sense of humor and survival among a county cohort of patient with end-stage renal failure: A two-year prospective study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 269-281.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., Francis, K., Gandhi, J., Huehn, L., Hunsley, J., Joyce, A. S., Kinley, J., Koszycki, D., Leszcz, M., Lybanon-Daigle, V., Mercer, D., Ogrodniczuk, J. S., Presniak, M., Ravitz, P., Ritchie, K., Talbot, J., & Wilson, B. (2015). What clinicians want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1-11.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4.^a ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Yalom, I. D. (2006). *Os Desafios da Terapia: Reflexões para Pacientes e Terapeutas*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Yalom, I. D., & Schiller, D. L. (2008). *De frente para o sol*. Agir Editora.

Zaiger, N. (1985). Women and bereavement. *Women and Therapy*, 4(4), 33-43.

Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare A. (2016). Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in Psychology*, 6(2021), 1-3.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A – Critérios Propostos no DSM-5

“A. O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.

B. Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e seis meses no caso de crianças enlutadas:

1. Saudade persistente do falecido. Em crianças pequenas, a saudade pode ser expressa em brincadeiras e no comportamento, incluindo comportamentos que refletem ser separado de e também voltar a unir-se a um cuidador ou outra figura de apego.

2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte.

3. Preocupação com o falecido.

4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Em crianças, essa preocupação com o falecido pode ser expressa por meio dos temas de brincadeiras e comportamento e pode se estender à preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas a elas.

C. Desde a morte, ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiram por pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos enlutados, e seis meses no caso de crianças enlutadas:

Sofrimento reativo à morte

1. Marcada dificuldade em aceitar a morte. Em crianças, isso depende de sua capacidade de compreender o significado e a continuidade da morte.

2. Experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto à perda.

3. Dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido.

4. Amargura ou raiva relacionada à perda.

5. Avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (p. ex., autoacusação).

6. Evitação excessiva de lembranças da perda (p. ex., evitação de indivíduos, lugares ou situações associados ao falecido; em crianças, isso pode incluir a evitação de pensamentos e sentimentos relacionados ao falecido).

Perturbação social/da identidade

7. Desejo de morrer a fim de estar com o falecido.

8. Dificuldade de confiar em outros indivíduos desde a morte.

9. Sentir-se sozinho ou isolado dos outros indivíduos desde a morte.

10. Sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido ou a crença de que o indivíduo não consegue funcionar sem o falecido.

11. Confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto à própria identidade (p. ex., sentir que uma parte de si morreu com o falecido).

12. Dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro (p. ex., amizades, atividades).


D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade” (APA, 2013).

8.2 Anexo B – Descrição de Todas as Atividades

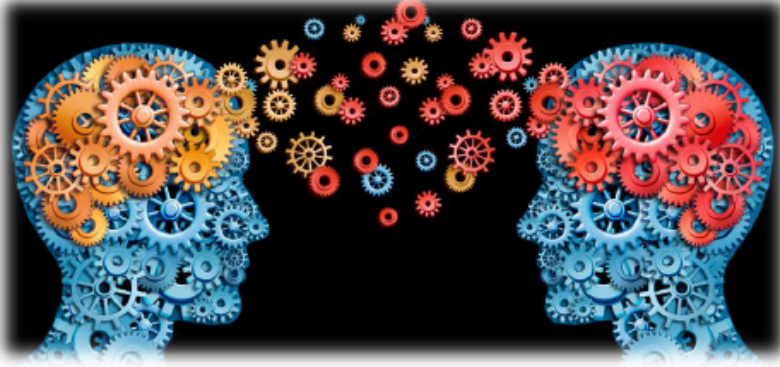
(...)

8.3 Anexo C – Versão Final do Panfleto: Consulta de Psicologia



INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
DR. GAMA PINTO

CONSULTA DE PSICOLOGIA Ψ



**A sua doença dos olhos
está a afetar o seu
equilíbrio psicológico?**

Uma Consulta de Psicologia pode:

- Promover o seu equilíbrio emocional.
- Apoiar um melhor ajustamento pessoal e ao meio.
- Ajudar a aliviar a ansiedade e sintomas depressivos.

Apostamos em si!

Solicite uma consulta através do seu Oftalmologista
Contacto: 213553060 Ext.: 2132
Email: jpedro@igpinto.min-saude.pt

8.4 Anexo D – Apresentação: Psicologia Aplicada à População com DV

Ψ Consulta de Psicologia: uma outra visão

INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
DR. GAMA PINTO



Dr. João Pedro Fonseca.
Sandra Maria Lapa Barroso Ramos.

1

Ψ Consulta de Psicologia: uma outra visão

INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
DR. GAMA PINTO

Consulta de Psicologia como ferramenta ao
dispor do corpo clínico do IOGP




2




Consulta de Psicologia: uma outra visão



 INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
DR. GAMA PINTO

CONSULTA DE PSICOLOGIA Ψ



A sua doença dos olhos
está a afetar o seu
equilíbrio psicológico?

Uma Consulta de Psicologia pode:

- Promover o seu equilíbrio emocional.
- Apoiar um melhor ajustamento pessoal e ao meio.
- Ajudar a aliviar a ansiedade e sintomas depressivos.

Apostamos em si!

Solicite uma consulta através do seu Oftalmologista
Contacto: 213553060 Ext.: 2132
Email: jpedro@igpinto.min-saude.pt

3

Consulta de Psicologia como ferramenta ao dispor do corpo clínico do IOGP



Consulta de Psicologia: uma outra visão



Pressupostos da Psicoterapia de Apoio à luz da realidade do IOGP



4



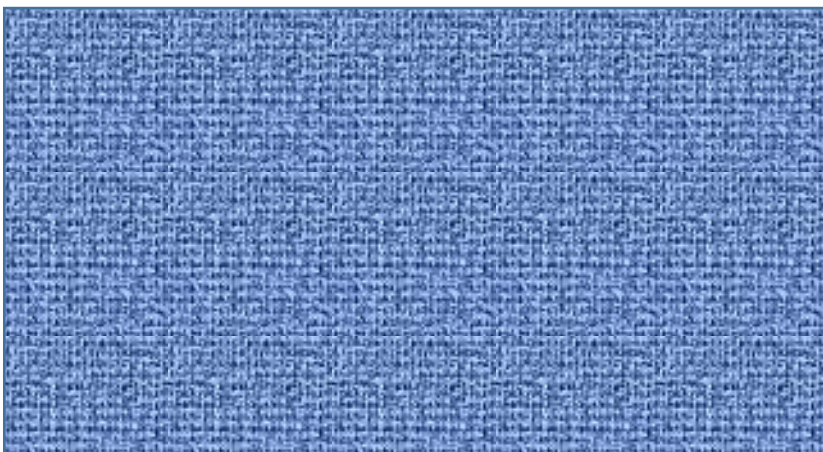
Caso Clínico



5



Dados Gerais:

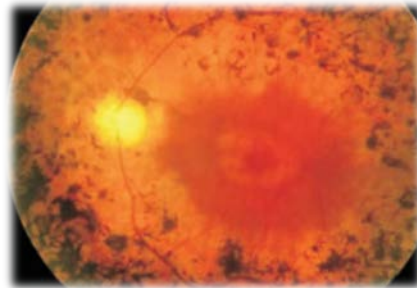
- -
 -
 -
 -
- 

6



Deficiência Visual (DV):

- Retinopatia pigmentar (50 anos);
- Catarata no OD e mais tarde no OE;
- Dificuldades em ver com muita luz e no escuro.



7



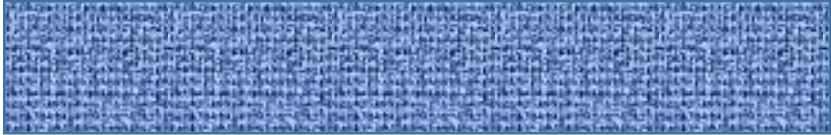
Quadro Psicológico:

- Raiva e revolta relativamente à DV (pela dependência que envolve);
- Triste por depender de 3.ºs;
- Não quer aprender a andar com a bengala, devido a vergonha → associado a perda de privacidade, pois não passa despercebida na rua (Gil, 2000; Barczinski, 2016);
- **Fases de Negação e Raiva** (Kübler-Ross, 2000).

8



Quadro Psicológico:

- Depressão sazonal (Outono e Primavera) → revolta, isolamento, tristeza e ansiedade;
- 
- Outros picos depressivos: morte de dois familiares; alergias; divórcio de uma filha.
- **Fase da Depressão** (Kübler-Ross, 2000).

9



Quadro Psicológico:

- Tristeza associada à perda da profissão;
- Ambivalência relativamente à superproteção do esposo (por um lado reclama, por outro refugia-se) → percebe que há um retardamento do seu crescimento pessoal (Kroeff, 2012);
- O esposo participou em algumas consultas, no sentido de saber ajudar da melhor forma a esposa (reformou-se); é um apoio no processo.

10



Quadro Psicológico:

- Durante estes anos tinha picos de ansiedade, relativamente a poder ser (ou não) operada a uma catarata;
- Foi operada em 2015 ao OD;
- Este ano ao OE (reduzindo a ansiedade).



11



Quadro Psicológico Positivo:

- Aberta para aprender e motivada para estar ocupada (e.g., hidroginástica);
- Em 2012 começou a autonomizar-se em casa (limpezas, televisão, preparar refeições, etc.);
- Hoje em dia já aceitou que há coisas que não pode fazer (faz em conjunto com o marido);
- Reage bem a reforços e passa à ação;
- **Fase de Aceitação** (Kübler-Ross, 2000).

12



Referências

- Barczinski, M. C. C. (2016). *Reações Psicológicas à Perda da Visão*.
Obtido em 04-10-2016 em <http://www.ibr.gov.br/?itemid=110>
- Frankl, V. E. (2008). *Em Busca de Sentido: um psicólogo no campo de concentração*. São Paulo: Vozes.
- Gil, M. (2000). *Deficiência Visual*. Brasília: Ministério da Educação – Secretaria de Educação à Distância.
- Guedes, C. P. (2015). *Deficiência visual: Histórias de vida sobre a busca de sentido*. [Tese de Doutorado].
- Kroeff, P. (2012). *Possibilidades e desafios da pessoa com deficiência: contribuições da logoterapia e teoria sistêmica*. Ribeirão Preto: IECVF.
- Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.

13



Gratos pela Vossa atenção!



Dr. João Pedro Fonseca.
Sandra Maria Lapa Barroso Ramos.

14

- 8.5 Anexo E – Caso L: Excertos das Sessões**
- 8.6 Anexo F – Caso O: Excertos das Sessões**
- 8.7 Anexo G – Caso A: Excertos das Sessões**
- 8.8 Anexo H – Caso S: Excertos das Sessões**
- 8.9 Anexo I – A Árvore das Qualidades Humanas de S**