



Relatório de Estágio

Ivone Santos António

Parte I

Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde
e Neuropsicologia

Gandra, janeiro de 2017

Ivone Santos António

Código de aluno: 20245

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador de Estágio: Dra. JDulce Sousa

Supervisor: Prof^a. Dra. Maria Emília Areias

Gandra

Ano letivo 2015/2016

Agradecimentos

Aos **meus pais** e às **minhas irmãs**, o meu mais sincero agradecimento. Pelo amor, carinho e confiança que depositam em mim dia após dia. Pelos ensinamentos que me transmitiram ao longo dos anos e me tornaram na pessoa que sou hoje. E ao apoio incondicional que me deram nos últimos cinco anos, não teria conseguido sem vocês.

À **Doutora JDulce Sousa**, pelo privilégio de conhecer alguém tão especial, como profissional de saúde e ser humano. Por toda a aprendizagem, conselhos, apoio e partilhas, que me ajudaram a crescer enquanto futura profissional e pessoa, o meu sincero obrigado.

À **Professora Doutora Maria Emília Areias**, pela atenção, orientação e partilha, que permitiram enriquecer o meu conhecimento. Obrigado pela disponibilidade e pelo apoio ao longo desta etapa.

Ao **corpo docente** que me acompanhou ao longo da minha formação enquanto aluna. Agradeço por todas as aprendizagens, disponibilidade e contribuição, que permitiram a aproveitação do vosso ensinamento ao longo do estágio.

Ao **Professor José Maranhão**, pela atenção, apoio e inspiração. Por todos os seus conselhos sábios e encorajadores. Por se mostrar sempre disponível. Pelo enriquecimento que me proporcionou, tanto a nível profissional, como pessoal. Um muito obrigado.

Às **minhas colegas** de turma, pela disponibilidade ao longo do meu período académico, pela ajuda e partilha de experiências que me proporcionaram momentos de aprendizagem.

Um agradecimento especial à **Marcela Leite** e à **Lígia Cruz**, pela amizade. Pelo carinho e apoio incondicional, força e determinação. Por se mostrarem sempre disponíveis nos momentos mais difíceis, e sobretudo, pela energia motivadora.

À **Daniela Jacinto**. Pela amizade ao longo destes anos. Pela confiança, apoio e companheirismo. Por me inspirar e encorajar. Por me ajudar em tudo, mesmo no impossível. Por se manter realista, e mesmo assim, compreensiva. Muito obrigado!

À **Sara Braguês**, por me aturar nos momentos mais difíceis. Pela alegria e bem-estar que me transmite. Por estar tão longe, e ao mesmo tempo, tão perto. Pela amizade incondicional. Muito obrigado!

A todos os **meus amigos e companheiros**, por se manterem presentes e disponíveis em todos os momentos. Por me encorajarem e ajudarem em todos os momentos. Obrigado.

**A todos,
O meu mais sincero agradecimento!**

Siglas

APA – American Psychiatric Association

BSI – Brief Symptom Inventory

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta edição

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da saúde

MMPI-2 – Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TCD – Terapia Comportamental Dialética

TMT – Trial Making Test

WAIS-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - III

Abreviaturas

Et al. – Entre outros

p. – Página

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo I.....	2
1.Atribuição do Estágio Curricular.....	2
1.1.Caracterização da Instituição: Centro Hospitalar	2
1.2.Papel do Psicólogo na Instituição.....	3
1.3.Descrição das Atividades Desenvolvidas	4
Observação de Consultas	4
Avaliação Psicológica	5
Intervenção em Grupo.....	5
2.Atividades Realizadas no Estágio.....	6
2.1.Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia	6
2.2.Reuniões Científicas e Exercícios Clínicos	7
2.3.Consultas de Crise	7
2.4.Reuniões de Supervisão de Estágio.....	7
2.5.Sessão de Psicodrama	8
2.6.Elaboração de Apresentações e Folhetos Informativos	8
Capítulo II.....	12
1.Consultas Externas de Psicologia	12
1.1. Caso Clínico A.....	14
1.2. Caso Clínico B.....	33
Reflexão Final.....	48
Referências Bibliográficas.....	50

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de estágio curricular

Anexo B – Avaliações

B1 – Instrumentos de Avaliação utilizados no SMFR

B2 – Instrumentos de Avaliação utilizados na CPSM

B3 – Relatórios de Avaliação Psicológica

Anexo C – Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos

C1 – Plano de sessões do Grupo dos Ansiosos

C2 – Apresentação *Ansiedade e Respiração Diafragmática*

C3 – Folheto informativo *Ansiedade e Respiração Diafragmática*

C4 – Apresentação *Atenção Plena - Mindfulness*

C5 – Apresentação *Mindfulness – Plano de oito semanas*

C6 – Documento informativo *Mindfulness – Plano de oito semanas*

C7 – Apresentação *Relacionamento Interpessoal*

C8 – Folheto informativo *Relacionamento Interpessoal*

C9 – Apresentação *Sexualidade na Mulher*

C10 – Apresentação *Treino de Resolução de Problemas*

Anexo D – Grupo Psicoeducativo dos Cardíacos

D1 – Apresentação *A Importância da Medicação*

D2 – Apresentação *A Solidão*

Anexo E – Atividades realizadas durante o Estágio Curricular

E1 – Apresentação *Burnout em Profissionais de Saúde*

E2 – Apresentação *Síndrome de Burnout nos Médicos*

E3 – Apresentação *Dispareunia*

E4 – Apresentação *Implicações Psicológicas na Incontinência Urinária*

E5 – Folheto informativo *Comunicação de más notícias a crianças*

- E6 – Apresentação *O sono na gravidez*
- E7 – Documento informativo sobre Psicodrama

Anexo F – Caso Clínico A.

- F1 – Relatório de Exame Psicológico de A.
- F2 – Resultados de A. no MMPI-2
- F3 – Resultados de A. no BSI
- F4 – Resultados de A. nos subtestes da WAIS-III
- F5 – Resultados de A. no TMT A e B
- F6 – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Stress Pós-Traumático, segundo o DSM-5
- F7 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Bipolar I e II, segundo o DSM-5
- F8 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Estado-Limite da Personalidade, segundo DSM-5
- F9 – Critérios de diagnóstico para Intoxicação pela Álcool, segundo o DSM-5
- F10 – *Curriculum Vitae*

Anexo G – Caso Clínico B.

- G1 - Critérios de diagnóstico para Perturbação de Ansiedade de Doença, segundo o DSM-5
- G2 – Relaxamento Muscular Progressivo
- G3 – Registo de pensamentos
- G4 – Situações e comportamentos associados
- G5 – Consequências a curto e a longo prazo
- G6 – Vantagens e desvantagens em ficar preocupado
- G7 – Alternativas para reduzir a preocupação

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Descrição dos casos acompanhados ao longo do estágio curricular.	13
Tabela 2 - Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de A.	27
Tabela 3 - Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de B.	42

Índice de Figuras

Figura 1 - Genograma familiar de A.....	15
Figura 2 - Legenda do Genograma familiar de A.....	15
Figura 3 - Genograma familiar de B.....	34
Figura 4 - Legenda do Genograma familiar de B.....	35

Introdução

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo descrever o percurso, como estagiária de Psicologia, do segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, no ano letivo 2015-2016.

O estágio curricular decorreu no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental da Instituição em questão, com a orientação da Dra. JDulce Sousa, Psicóloga Clínica. A supervisão do estágio, ficou ao encargo da Professora Dra. Maria Emília Areias, docente do Instituto Universitário de Ciências da Saúde e coordenadora do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Este percurso teve uma duração média de nove meses e uma assiduidade de dois a três dias por semana. A repartição do horário semanal foi dividida pelas consultas externas nos dois serviços, reuniões na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental e dois grupos psicoeducativos.

Com início no dia 7 de outubro de 2015 e término a 8 de julho de 2016, foram várias as práticas exercidas no decorrer do estágio curricular e que serão descritas ao longo do documento. Iniciando-se com uma apresentação teórica do local de estágio e do papel do Psicólogo na Instituição, prosseguindo para a descrição das atividades desenvolvidas, seguindo-se para uma componente mais prática, que será a exposição de dois casos acompanhados pela psicóloga estagiária. Por último será apresentada uma reflexão final, que reflete as experiências e aprendizagens desenvolvidas ao longo deste período.

Capítulo I

1. Atribuição do Estágio Curricular

O presente estágio curricular teve início a 7 de outubro de 2015 e término a 8 de julho de 2016¹, com continuidade do seguimento dos casos clínicos. Este decorreu semanalmente, com uma frequência de duas a três vezes por semana.

1.1. Caracterização da Instituição

A presente Instituição foi inaugurado a 24 de junho de 1959 e é considerada uma das maiores e melhores de Portugal, servindo de referência a vários distritos da Zona Norte. Este procura prestar cuidados de saúde diferenciados com qualidade e eficiência. Além disso, tem como missão manter os profissionais e futuros profissionais de saúde em constante atualização, a partir da aprendizagem e investigação, dando máxima importância ao desenvolvimento científico e tecnológico.

A sua aprovação deu-se em fevereiro de 1939 pelo arquiteto Hermann Distel, sendo considerado já na altura, o maior hospital da Região Norte.

Foi criado pelo decreto-lei nº 22917, a 31 de julho de 1933. Contudo, houve um atraso na sua construção, devido à II guerra mundial, tendo sido inaugurado apenas a 24 de junho de 1959, sob a proteção do professor Hernâni Monteiro.

Os serviços de internamento começaram a funcionar no final do ano de 1961: Propedêutica Medica, Neurologia, Ortopedia, Propedêutica Cirúrgica, Patologia Cirúrgica, Patologia Medica, Terapêutica Medica, Ginecologia, Medicina Operatória, Dermatologia, Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria, Urologia e Oftalmologia. As consultas externas entraram em funcionamento consoante os Serviços de Internamento correspondentes. Inicialmente era composto por 778 camas e com uma lotação de 8.394 doentes. Em outubro de 1964, abriu o serviço de urgência.

¹ Anexo A – Plano de estágio curricular

Esta Instituição presta assistência direta às freguesias de Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar e concelhos do Porto, Maia e Valongo. É também centro de referência para os distritos do Porto, Braga e Viana do Castelo.

Atualmente apresenta as seguintes áreas: Cirurgia, Urgência e Medicina Intensiva, Clínica da Mulher, Psiquiatria e Saúde Mental, Imagiologia, Medicina Laboratorial, Hospital pediátrico Integrado e Medicina. Nesta última estão inseridos os serviços de Cardiologia, Cuidados Paliativos, Dermatologia, Doenças Infeciosas, Endocrinologia, Gastrenterologia, Genética Médica, Hematologia Clínica, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia e Reumatologia. Dispõe neste momento de uma lotação de 1.105 camas e 45 berços.

A CPSM presta assistência no contexto hospitalar (internamento de agudos e ambulatório), na Medicina Geral e Familiar (consultoria), na intervenção em crise (contexto comunitário) e na reabilitação (acompanhamento psiquiátrico do doente crónico), englobando também a Psiquiatria de Ligação.

O SMFR, iniciou-se com consultas de Fisioterapia em maio de 1961. Na década de 80 o serviço sofreu alterações, inclusivamente a construção de um ginásio. Atualmente integra Meios Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica. O serviço apresenta consulta interna e externa, consultas de grupo e programas de tratamento de reabilitação (Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Atividades de Vida Diária, Reabilitação Pediátrica, Reabilitação Cardíaca e Recondicionamento ao Esforço).

1.2. Papel do Psicólogo na Instituição

A psicologia da saúde, desempenha um papel fundamental nos domínios da saúde e da doença, sendo estes influenciados por fatores biológicos, comportamentais e sociais (Inserção & Bornholdt, 2004; Wahass, 2005).

Neste âmbito o Psicólogo tem como função a aplicação de técnicas e conhecimentos científicos na elaboração de psicodiagnósticos, no processo de avaliação, planeamento e tratamento, prevenção, intervenção psicológica e psicoterapia (Wahass, 2005; Cunha, Cremasco & Gradwohl, 2016; Dimenstein, 1998). Comporta também,

aconselhamento individual, conjugal, familiar ou em grupo, assim como, investigação no campo da Psicologia, para fins preventivos, de tratamento e de promoção e educação para a saúde.

A sua integração em contexto hospitalar, permite a inclusão de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde para obtenção de uma melhor prestação de cuidados ao paciente e seus familiares. Esta prática tem como objetivos auxiliar a pessoa ou grupo, melhorar o seu bem-estar e traçar metas e objetivos, em conjunto, a serem alcançados. Alguns exemplos são, a diminuição de fatores de risco (primários, secundários e terciários) e de stress e ansiedade, alterações ao nível do comportamento e estilo de vida (Wahass, 2005), ganho de estratégias de *coping*, resolução de problemas e promoção da qualidade de vida.

Como psicóloga estagiária, o papel do Psicólogo é direcionado para as avaliações psicológicas, acompanhamento psicoterapêutico e aconselhamento psicoeducativo de grupo. A existência de uma equipa multidisciplinar, direcionada para o bem-estar do paciente, permite a interajuda entre profissionais de saúde no processo de diagnóstico e intervenção.

1.3. Descrição das Atividades Desenvolvidas

Observação de Consultas

A observação das consultas principiou-se com o início do estágio, em outubro de 2015, todas as quintas feiras, entre as 9 horas e as 19 horas, e às sextas feiras entre as 9 horas e as 11 horas e 30 minutos. As consultas foram realizadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM, tendo sido possível observar Entrevistas Clínicas, Avaliações Psicológicas e Acompanhamento Psicoterapêutico. O período de observação terminou com o findar do estágio em julho de 2016.

Este período foi crucial no processo de formação, uma vez que, permitiu o desenvolvimento de competências metodológicas, teóricas e práticas. Promoveu a aprendizagem de normas de funcionamento da Instituição, assim como, uma melhor integração da mesma.

Avaliação Psicológica

A Avaliação Psicológica desempenha um papel fundamental em vários contextos clínicos. A sua utilização é crucial na obtenção do diagnóstico de perturbação ou problema, assim como, no planeamento do tratamento e na sua monitorização (Hunsley & Meyer, 2003). Os instrumentos de medida, mostram-se também, uma ferramenta útil na avaliação final do tratamento, permitindo verificar a eficácia do mesmo.

No SMFR foram utilizados vários instrumentos de avaliação: Índice Internacional de Função Eréctil, Índice de Funcionamento Sexual Feminino, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Beck Depression Inventory II (BDI-II), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Inventário de Estado Ansioso e Ansiedade Base de Spielberg (STAI), Pittsburgh Sleep Quality Index e Montreal Cognitive Assessment (MOCA)². A sua utilização incidiu-se sobretudo no grupo da Reabilitação Cardíaca, com avaliação inicial (antes de se iniciar o grupo psicoeducativo) e avaliação final (após a finalização do grupo psicoeducativo).

Na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, além dos acima mencionados, foram utilizados outros tantos instrumentos: Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2), Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III), Brief Symptom Inventory (BSI), Teste de Cores e Palavras (STROOP), Trail Making Test (TMT) e Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2)³.

A realização de Avaliações Psicológicas teve início a 21 de janeiro de 2016⁴. Esta apresentou várias etapas: recolha de informação do paciente, aplicação do(s) instrumento(s) de avaliação, cotação e interpretação dos resultados obtidos, e elaboração do Relatório de Exame Psicológico.

Intervenção em Grupo

Durante o estágio curricular, foi possível acompanhar dois grupos psicoeducativos: Grupo dos Cardíacos e Grupo dos Ansiosos.

As sessões de Grupo dos Cardíacos realizaram-se no SMFR, às terças feiras pelas 11 horas e com assiduidade semanal. Este grupo foi restrito a pacientes (do sexo masculino e feminino) com Enfarte Agudo do Miocárdio e em processo de Reabilitação

² Anexo B1 – Instrumentos de Avaliação utilizados no SMFR

³ Anexo B2 – Instrumentos de Avaliação utilizados na CPSM

⁴ Anexo B3 – Relatórios de Avaliação Psicológica

Cardíaca. Teve como objetivo fornecer estratégias que permitam prevenir um novo Enfarte e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Ao longo das sessões foram abordados vários temas: o sono, a ansiedade, a sexualidade, a importância da medicação, a solidão, alimentação, entre outros. Houve a oportunidade de participar em algumas sessões: Importância de uma boa alimentação (apresentada pela Nutricionista do Serviço), Sexualidade (apresentada pela Dra. JDulce Sousa), A importância da medicação (apresentada pela psicóloga estagiária), Solidão (apresentada pela psicóloga estagiária) e Atenção Plena (apresentada pela psicóloga estagiária).

O Grupo dos ansiosos teve início a 6 de janeiro de 2016 e terminou a 6 de julho de 2016. Decorreu semanalmente, na CPSM, às quartas feiras entre as 14 horas e as 15h30 minutos, com restrição a participantes do sexo feminino e com Perturbação de Ansiedade Generalizada. Ao longo das 23 sessões foram abordados vários temas⁵, divididos maioritariamente pelas psicólogas estagiárias da Dra. JDulce Sousa e da Dra. Vânia Rocha. As apresentações elaboradas pela psicóloga estagiária estão descritas mais à frente.

2. Atividades Realizadas no Estágio

2.1. Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia

Estas reuniões realizaram-se semanalmente, às quartas feiras pelas 9h30 e tinham uma duração média de duas horas, tendo lugar na CPSM. Na sua constituição esteve presente uma equipa multidisciplinar com profissionais de saúde de várias áreas como: Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psiquiatria e Psicologia. No seu decorrer, abordavam-se vários temas: propostas de altas programadas; apresentação e debate de novos casos, com o intuito de confirmar diagnóstico e propor intervenção terapêutica e farmacológica, e discussão de casos considerados complicados. Além disso também permitia a exposição de Grupos e Unidades nos quais os profissionais de saúde

⁵ Anexo C1 – Plano de sessões do Grupo dos ansiosos

estavam envolvidos, de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

2.2. Reuniões Científicas e Exercícios Clínicos

Estas reuniões ocorreram todas as quartas feiras pelas 12 horas, com uma duração média de uma hora. Tinham como objetivo melhorar e atualizar o conhecimento científico, a partir de apresentações realizadas por profissionais de saúde e internos de Psiquiatria. Ao longo do estágio curricular foram abordados temas como: Apresentações de Casos Clínicos, Investigações Científicas, entre outros. No fim de cada apresentação era possível, aos ouvintes, tirar dúvidas existentes e discutir sobre o que foi apresentado.

2.3. Consultas de Crise

As consultas de Crise decorrem à sexta feira, entre as 9 horas e as 11 horas e 30 minutos. Destinavam-se a pacientes que não tivessem antecedentes psiquiátricos, mas sim um acontecimento de vida que provocasse uma rutura no seu quotidiano, como a morte de um ente querido ou até mesmo um divórcio. Estas sessões eram constituídas por uma psicoterapia breve e direcionada para a problemática em questão. Caso esta intervenção não se mostrasse eficaz, referenciava-se para a consulta externa, com uma intervenção psicoterapêutica mais estruturada.

O encaminhamento destes pacientes era feito a partir do médico de família, do serviço de Urgência ou de outras Instituições. Os profissionais de saúde responsáveis pela consulta, variavam consoante a área de residência do paciente, no entanto estava sempre presente o serviço de Psicologia e Psiquiatria.

2.4. Reuniões de Supervisão de Estágio

As reuniões de supervisão tiveram início no mês de outubro de 2015 e finalizaram em julho de 2016. Decorriam todas as segundas feiras, pelas 14h30 minutos nas instalações do IUCS. Estas eram orientadas pela Professora Doutora Maria Emília Areias e

acompanhadas das três psicólogas estagiárias. A duração das reuniões variou consoante as necessidades existentes.

Estes encontros tiveram como objetivo a partilha de dúvidas e experiências que foram aparecendo ao longo do estágio curricular, com apresentação de novos casos, hipóteses de diagnóstico e propostas de intervenção. Esta partilha de informação e a escuta atenta entre as estagiárias, permitiu uma aprendizagem recíproca, com a supervisão da orientadora.

2.5. Sessão de Psicodrama

Foi solicitado a participação das estagiárias do Serviço de Psicologia da CPSM, no dia 3 de março de 2016, numa sessão de sensibilização para o Psicodrama liderada pelo Dr. Luciano Moura.

Com uma duração de aproximadamente 120 minutos, teve como objetivo a aprendizagem sobre o tema em questão e a sua importância na saúde mental. Ao longo da sessão, foram apresentadas as técnicas utilizadas, interpoladas com atividades elucidativas (*Role-play*, Inversão de Papeis, entre outros). No final da mesma, foi entregue um documento informativo.⁶

2.6. Elaboração de Apresentações e Folhetos Informativos

Apresentação Ansiedade e Respiração Diafragmática⁷

Surgiu no âmbito de uma sessão de Grupo dos Ansiosos. Teve como objetivo a psicoeducação sobre a ansiedade e a introdução da respiração diafragmática. No final da sessão foi praticada a respiração, de acordo com as estratégias fornecidas, tendo sido ainda entregue um folheto informativo⁸.

⁶ Anexo E7 – Documento informativo sobre Psicodrama

⁷ Anexo C2 – Apresentação *Ansiedade e Respiração Diafragmática*

⁸ Anexo C3 – Folheto informativo *Ansiedade e Respiração Diafragmática*

Apresentação *Burnout em Profissionais de Saúde*⁹

Surgiu no âmbito de um convite do SMFR, direcionado para a orientadora de estágio, no qual o público alvo foram os profissionais de saúde do serviço. Esta apresentação teve como objetivo dar a conhecer o tema em questão, assim como, aprofundar as suas causas e os sintomas, contribuindo para a sua sensibilização. Por fim, foram fornecidas estratégias de intervenção.

Apresentação *Síndrome de Burnout nos Médicos*¹⁰

Surgiu no âmbito de um convite do SMFR, direcionado para a orientadora de estágio. Esta apresentação teve o mesmo intuito que a anterior, no entanto, foi direcionada apenas para os médicos do serviço.

Apresentação *Dispareunia*¹¹

Surgiu no âmbito de uma sessão psicoeducativa para o grupo da Incontinência Urinária, com o objetivo de dar a conhecer o tema em questão, assim como dos fatores orgânicos e psicológicos associados.

Apresentação *Importância da Medicação*¹²

Surgiu no âmbito de uma sessão psicoeducativa para o Grupo dos Cardíacos, com a orientação do médico cardiologista da Reabilitação Cardíaca do SMFR. Teve como objetivo alertar os participantes do grupo sobre a importância de tomar a medicação prescrita pelo médico.

Apresentação *Implicações Psicológicas na Incontinência Urinária*¹³

Surgiu no âmbito de um convite da CPSM, direcionado para a orientadora de estágio, na semana em que celebrava o dia da Incontinência Urinária, sendo o público alvo, profissionais de saúde e respetivos estagiários da CPSM. Esta apresentação teve como objetivo dar a conhecer o tema em questão e a apresentação de um caso clínico.

⁹ Anexo E1 – Apresentação *Burnout em Profissionais de Saúde*

¹⁰ Anexo E2 – Apresentação *Síndrome de Burnout no Médicos*

¹¹ Anexo E3 – Apresentação *Dispareunia*

¹² Anexo D1 – Apresentação *Importância da Medicação*

¹³ Anexo E4 – Apresentação *Implicações Psicológicas na Incontinência Urinária*

Folheto informativo *Comunicação de más notícias a crianças*¹⁴

A sua elaboração surgiu a pedido da orientadora de estágio, com o intuito de introduzir de forma amenizada, a comunicação de más notícias a uma criança.

Apresentação *Atenção Plena - Mindfulness*¹⁵

Surgiu no âmbito de duas sessões psicoeducativas para os Grupos dos Ansiosos e dos Cardíacos. Teve como objetivo o esclarecimento do tema em questão, com a prática de um exercício elucidativo no final da mesma.

Apresentação *Mindfulness - Plano de oito semanas*¹⁶

Surgiu no âmbito de uma sessão para o Grupo dos Ansiosos, com o intuito de complementar a apresentação anterior. Este plano fornece várias estratégias, ao longo de oito semanas, que permitem obter uma atenção mais plena sobre as atividades do dia a dia. No final da sessão foi fornecido um documento informativo¹⁷ com o plano de oito semanas resumido.

Apresentação *Relacionamento Interpessoal*¹⁸

Surgiu no âmbito de uma sessão psicoeducativa para o Grupo dos Ansiosos. Teve como objetivo a exposição de algumas estratégias e técnicas, dando importância ao autoconhecimento como fonte de relação com os outros. No final da sessão foi entregue um folheto informativo¹⁹ com um resumo da informação apresentada durante a sessão.

Apresentação *Sexualidade na Mulher*²⁰

Surgiu no âmbito de uma sessão psicoeducativa para o Grupo dos Ansiosos. Teve como objetivo a elucidação sobre o tema em questão, assim como da caracterização de diferentes disfunções sexuais na mulher.

¹⁴ Anexo E5 – Folheto informativo *Comunicação de más notícias a crianças*

¹⁵ Anexo C4 – Apresentação *Atenção Plena - Mindfulness*

¹⁶ Anexo C5 – Apresentação *Mindfulness – Plano de oito semanas*

¹⁷ Anexo C6 – Documento informativo *Mindfulness – Plano de oito semanas*

¹⁸ Anexo C7 – Apresentação *Relacionamento Interpessoal*

¹⁹ Anexo C8 – Folheto informativo *Relacionamento Interpessoal*

²⁰ Anexo C9 – Apresentação *Sexualidade na Mulher*

Apresentação *Treino de Resolução de Problemas*²¹

Surgiu no âmbito de uma sessão psicoeducativa para o Grupo dos Ansiosos. Teve como principal objetivo o fornecimento de estratégias e técnicas como forma de resolução de conflitos.

Apresentação *A Solidão*²²

Surgiu no âmbito de uma sessão psicoeducativa para o Grupo dos Cardíacos. Teve como objetivo, a introdução do tema e as suas implicações no funcionamento geral do indivíduo.

Apresentação *Sono na Gravidez*²³

Surgiu no âmbito de uma sessão psicoeducativa para o Grupo do Sono. Esta apresentação foi elaborada com o objetivo de advertir mulheres grávidas sobre a importância de uma boa higiene do sono.

²¹ Anexo C10 – Apresentação *Treino de Resolução de Problemas*

²² Anexo D2 – Apresentação *A Solidão*

²³ Anexo E6 – Apresentação *O sono na gravidez*

Capítulo II

1. Consultas Externas de Psicologia

As consultas de Psicologia, de forma autónoma tiveram início a 4 de fevereiro de 2016 no SMFR (quintas feiras das 9 horas às 13h30 minutos) e na CPSM (quintas feiras das 14h30 minutos às 19 horas e sextas feiras das 9 horas às 11h30 minutos). Foram vários os motivos de encaminhamento, tendo sido sintomatologia ansiosa e depressiva, os mais frequentes.

No SMFR, o reencaminhamento dos pacientes é, sobretudo, efetuado a partir de outros serviços, sobretudo da Reabilitação Cardíaca. Na CPSM, o paciente é enviado para a consulta de Psicologia pelo Psiquiatra.

Na tabela seguinte (tabela 1) estão apresentados todos os casos acompanhados pela psicóloga estagiária ao longo do estágio curricular. É de salientar que todos os dados apresentados relativos aos casos clínicos foram alterados, de forma a salvaguardar todos os direitos à confidencialidade dos pacientes. De todos os casos seguidos ao longo do estágio, foram escolhidos dois para serem descritos detalhadamente neste capítulo.

NOME	SEXO	IDADE	MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO	REFERENCIAÇÃO	DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
H	Masculino	61 anos	Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)	SMFR	Sintomatologia ansiosa e depressiva	Encaminhamento para os cuidados paliativos, após três consultas
E	Feminino	64 anos	Em processo de divórcio complicado	CPSM	(Sem certeza)	Começou a ser acompanhada pelo Serviço de Psicologia numa outra Instituição, após a 1ª consulta
U	Feminino	52 anos	Em processo de divórcio complicado	CPSM, referenciada para a consulta de crise	Sintomatologia ansiosa e depressiva	
C	Feminino	52 anos	Ataques de pânico Relacionamento conflituoso com família e vizinhos	CPSM	Perturbação de Ansiedade Generalizada com Ataques de Pânico	
R	Feminino	58 anos	Morte de um familiar	CPSM	Depressão	
J	Masculino	70 anos	Síndrome de Obstrução Defecatória, sem comprovação de doença física	SMFR	Processo de luto antecipado	Fraca aderência à intervenção psicoterapêutica
O	Feminino	51 anos	Incontinência Urinária	SMFR	Sintomatologia ansiosa e depressiva	
G	Masculino	41 anos	Baixo suporte social	SMFR	Défice cognitivo e de desenvolvimento	Atualmente encontra-se inserido num centro de dia
A	Feminino	44 anos	Avaliação neurocognitiva e de personalidade Sintomatologia ansiosa e depressiva	CPSM	Perturbação Estado-Limite da Personalidade	Descrito mais abaixo detalhadamente
M	Feminino	10 anos	Baixa autoestima e autoconfiança	SMFR	Sintomatologia ansiosa	
P	Feminino	47 anos	Enfarte Agudo do Miocárdio	SMFR	Perturbação de ansiedade generalizada (sem certeza)	Deixou de comparecer às Consultas de Psicologia, assim como à Reabilitação Cardíaca
B	Masculino	70 anos	Prevenção dos fatores de risco associados ao Enfarte Agudo do Miocárdio	SMFR	Perturbação de Ansiedade de doença	Descrito mais abaixo detalhadamente

Tabela 1 - Descrição dos casos acompanhados ao longo do estágio curricular.

1.1. Caso Clínico A.

Dados de Identificação

A., é do género feminino, com 44 anos e é natural do distrito de Braga. Tem o curso tecnológico de informática, com equivalência ao 12º ano de escolaridade. Atualmente está desempregada e sob baixa médica. É solteira e sem filhos. Vive num quarto alugado no Porto desde 2013.

Motivo e Pedido da Consulta

As consultas de Psicologia iniciaram-se a 28 de abril de 2016. O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi feito por parte da Psiquiatria da CPSM. O pedido englobava, além de apoio psicoterapêutico, Avaliação Neurocognitiva e de Personalidade, para confirmação de diagnóstico.

A paciente apresentava várias queixas, como dificuldade em dormir, baixa autoestima, baixo relacionamento interpessoal, ansiedade e depressão.

História do Problema

A problemática teve início em 2005, período que viveu em França. Referiu que encontrou um residente, do prédio onde exercia a função de porteira, morto. Desde então nunca mais foi a mesma, *“tenho depressão já lá vão 10 anos”*(sic).

Em dezembro de 2004, veio a Portugal passar o natal com a família, tendo informado os residentes da sua ausência temporária, *“lembro-me que (ele) me disse que ia passar o natal com a família e que só voltava duas semanas depois”* (sic). Quando regressou a França, em janeiro de 2005, reparou que o este ainda não tinha regressado, *“comecei a achar estranho ninguém ter ligado a avisar (...) acabei por ligar à família dele (...) disseram-me que ele não tinha ido lá passar férias (...) pediram para ir ao apartamento dele ver se estava tudo bem”* (sic). Quando entrou pela primeira vez no seu apartamento, apenas encontrou *“um apartamento cheio de lixo (...) cheirava muito mal, mas pensava que era do lixo, então fechei a porta e vi-me embora”* (sic). Como se sentia preocupada, decidiu contactar assistente social, *“disse-me para voltar a entrar no apartamento e procurar melhor (...) até que o encontrei morto, atrás de uma cama (...)”*

senti-me muito mal, não conseguia estar ali, sempre que fechava os olhos via-o morto (sic).

Decidiu voltar para Portugal durante 6 meses. No período em que permaneceu no país, referiu que *“não estava bem em lado nenhum, sentia o meu coração a bater muito depressa”* (sic). Os seus familiares estavam preocupados com o seu estado de saúde mental, *“decidiram levar-me às urgências do hospital de Braga”* (sic), onde ficou internada durante uma semana, com o diagnóstico de Psicose Afetiva.

A. acrescentou que a sua sintomatologia piorou nos anos seguintes, *“no espaço de cinco anos morreram quase todos que viviam lá (...) custou-me muito, (eles) eram como uma família para mim”* (sic).

Genograma

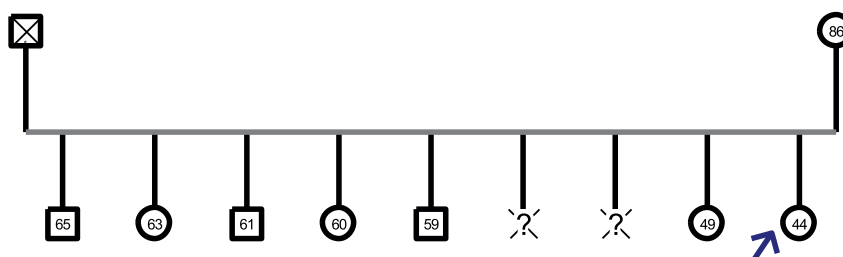


Figura 1 - Genograma familiar de A.

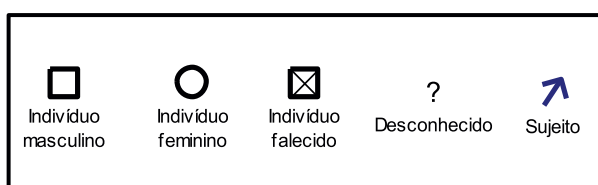


Figura 2 - Legenda do Genograma familiar de A.

História Familiar

A., é a filha mais nova de sete irmãos, de uma relação conjugal que durou 58 anos, até ao falecimento do seu pai, a 1998.

Atualmente a sua mãe tem 86 anos. Durante a sua infância a sua mãe era uma pessoa fria e bastante inflexível, *“quando não fazia o que me mandava ficava muito*

zangada (...) bateu-me muitas vezes" (sic). No entanto, compreendia o comportamento da mãe referindo que, *"é normal que ela as vezes se passasse (...) eu era criança e já sabe como é (...) às vezes não obedecia e ela zangava-se"* (sic). A relação foi melhorando ao longo dos anos *"sei que nem sempre nos demos muito bem, mas agora temos uma boa relação (...) é uma mãe espetacular"* (sic), visitando-a com regularidade.

O seu pai faleceu em 1998, vítima de AVC. Uma pessoa *"severa, mas muito respeitadora"* (sic), demonstrando um grande carinho pelo pai *"gostava muito dele"* (sic). Segundo A., o *"único problema dele"* (sic), era o facto de consumir álcool com regularidade, admitindo que por vezes ficava com um humor mais irritável. A morte do seu pai foi considerada um momento trágico para si, *"estava na França e só me disseram que o meu pai estava no hospital quando já não havia nada a fazer (...) custou-me muito vê-lo assim tão fraco (...) foi um choque para mim"* (sic).

Analogamente à relação entre o seu pai e a sua mãe, A., referiu que a sua mãe teve dificuldades em adaptar-se ao novo estilo de vida, *"a minha mãe veio da cidade e o meu pai já vivia na aldeia" (...) acho que era por isso que às vezes descarregava em nós*" (sic). Teve recordação de várias discussões entre o casal, sobretudo quando o pai chegava a casa sobre o efeito do álcool. Apesar das discussões, a sua relação era pautada pelo respeito mútuo que tinham um pelo outro *"sei que gostavam muito um do outro (...) gostavam de ter momentos a sós, como um casal (...) às vezes iam passear só os dois"* (sic).

A., referiu que sempre teve uma relação *"normal"* (sic) com os seus irmãos, *"somos muitos (...) só conheci pessoalmente o meu irmão mais velho quando fui viver para França e fiquei com ele durante os primeiros três meses"* (sic). Durante a sua infância um dos irmãos mais velhos era *"mau, agressivo e muito autoritário (...) nunca tivemos uma relação muito próxima"* (sic), acrescentando que este irmão ia busca-la à escola todos os dias, *"quando chegávamos a casa (ele) fechava-me num quarto escuro (...) estava a castigar-me"* (sic). Segundo A., o irmão *"não gostava que ficasse a brincar com os outros meninos (...) eu gostava de jogar à bola (...) disse-me que uma menina não devia brincar com os rapazes"* (sic). Em relação aos restantes irmãos, tinha uma boa relação, no entanto é *"cada um por si, especialmente em relação ao dinheiro"* (sic).

Teve mais dois irmãos, que falecerem ainda muito jovens *"não sei a idade com que morreram, mas sei que eram muito pequenos"* (sic). Este é um tema que não é

comentado pela família *“ninguém fala sobre isso, a minha mãe não quer, fica logo alterada (...) é um assunto encerrado”*(sic), acrescentando ainda que *“nunca soube o que aconteceu e nunca perguntei”*(sic).

História Pessoal

A., nasceu há 44 anos, quando a sua mãe tinha 42 e o seu pai 54 anos. Em relação à gravidez, referiu que nunca foi planeada ou desejada *“a minha mãe disse-me que eu e a minha irmã não devíamos ter nascido (...) ela não ficou muito feliz”*(sic), o que a deixava bastante angustiada *“ficava muito triste e até mesmo transtornada (...) afetou-me durante muito tempo (...) saber que nasci de um erro”*(sic).

Só tem lembranças a partir do período escolar, contudo, acredita que a gravidez e o período desenvolvimental tenha ocorrido com normalidade.

A sua segunda infância foi descrita como normal *“gostava muito de brincar com os outros meninos durante os intervalos e depois da escola (...) era muito ativa e participativa”*(sic). Nunca foi conflituosa *“tentava manter-me sempre fora das brigas, não gosto de conflitos”*(sic). Quando voltava da escola ajudava os pais no seu trabalho.

Na adolescência começou a sentir-se diferente dos outros *“aos onze anos apaixonei-me pela minha professora e achei que não era normal. Foi aí que percebi que gostava de mulheres (...) comecei a saber o que era e o que queria”*(sic). Em relação à sua família referiu que, *“ficaram a saber quando comecei a namorar com uma rapariga, mas acharam que era uma fase e que ia passar”*(sic), acrescentando que esse tema nunca foi abordado em contexto familiar. No entanto, nunca concordaram com a sua preferência sexual *“a minha família nunca aceitou o facto de eu não ter namorados e de ser a única a não ter filhos”*(sic).

Aos 15 anos, começou a reparar que os seus ideais eram diferentes das restantes amigas *“elas pensavam de forma diferente (...) falavam muito em casar e encontrar o amor da vida delas e eu nunca pensei nisso”*(sic). Contudo, sempre agiu em conformidade com a sua idade, tentando manter sempre uma postura ativa na sociedade, tendo pertencido ao grupo de jovens da sua idade. Além disso, também gostava de sair ao fim de semana com as suas amigas, embora o pai não a autorizasse.

Quando terminou o 9º ano de escolaridade, com 15 anos, decidiu que queria começar a trabalhar *“queria ser independente, mas agora arrependo-me de não ter estudado mais”*(sic).

Aos 16 anos teve a sua primeira namorada, relacionamento que durou 4 anos *“terminamos quando os pais dela descobriram que namorava com outra rapariga (...) não correu nada bem, ameaçaram-me de morte e tudo (...) disseram-me que eu tinha virado a cabeça dela e a tinha convencido a namorar comigo”*(sic).

Após o término da relação, A. decidiu viajar para França em 1994, devido ao conflito com os familiares da sua ex. namorada e por que queria dar outro rumo à sua vida. Foi viver com o irmão e a sua família, e trabalhou como empregada de limpeza de várias instalações, durante sensivelmente 6 anos, até 1999.

Partilhou casa com a família do irmão apenas por três meses, *“preferi viver sozinha (...) não queria estar a incomoda-lo, decidi mudar-me”* (sic). Viveu num apartamento com duas outras senhoras e uma criança. O local não foi o mais indicado, tendo permanecido lá apenas três meses, *“era eu que tinha de tomar conta do miúdo (...) levavam gente estranha lá para casa durante a noite e fumavam coisas”* (sic). A situação foi piorando quando a outra residente começou *“a tentar convencer-me a fumar com elas (...) tentou levar-me para a cama várias vezes (...) estava sempre a chatear-me”* (sic). Decidiu sair de casa, levando as suas roupas em sacos do lixo. Sem ter onde ficar, e não querendo incomodar o irmão, acabou por dormir na rua durante três noites, *“foi complicado porque durante a noite estava muito frio (...) tentava esconder-me das pessoas para que ninguém me visse assim”* (sic). Entretanto descobriu um prédio que precisava de porteiro e que oferecia estadia, tendo vivido nesse local durante alguns anos até que, a pedido do condomínio, mudou-se para outro prédio, em 1996.

O seu trabalho como porteira consistia em entregar a correspondência a cada residente todas as manhãs, resolução de problemas técnicos funcionais e limpeza geral, que fazia geralmente ao final do dia, *“tratava de tudo o que conseguia de manhã, das 8 às 9 horas, e depois terminava quando voltasse do meu outro trabalho”* (sic). A par deste trabalho, A. continuou a trabalhar como empregada de limpeza até 1999, tendo de seguida trabalhado num quiosque.

Em 1998 começou a namorar com uma vizinha, relacionamento que durou onze anos. Nunca partilharam casa, mas como eram vizinhas *“era como se vivêssemos*

praticamente juntas” (sic). Embora cada uma desfrutasse do seu espaço, mantinham uma boa relação.

Refere que é em 2005 que *“tudo começou*” (sic), quando se deparou com um senhor morto, *“foi horrível, nunca mais fui a mesma (...) lembro-me como se fosse hoje (...) logo depois de o ter encontrado não conseguia dormir*” (sic), acrescentando que sempre que tentava fechar os olhos revivia toda a situação *“era como se estivesse a acontecer tudo outra vez*” (sic). Quando voltou a Portugal, referiu que tinha crises de pânico e que surgiam *“a qualquer altura*” (sic), referindo alguns sintomas como, aumento do batimento cardíaco, calor e tremores, *“ficava muito nervosa*” (sic). O internamento no hospital de Braga ajudou-a, *“saí de lá muito melhor, mas também estava entupida com medicamentos (...) engordei muito, cheguei a pesar 105 Kg*” (sic). Quando voltou para França manteve o mesmo emprego. No espaço de cinco anos a sua sintomatologia agravou, devido ao falecimento de outros residentes do prédio, acrescentando que tinham uma relação de grande proximidade.

Em meados de 2008, foi viver com a namorada para o sul de França, deixando o seu emprego para trás. Contudo não se adaptou ao novo estilo de vida *“o Sul é muito diferente (...) a vida que as pessoas levam em Paris é mais agitada, até as pessoas são diferentes*” (sic), tendo terminado o relacionamento e voltado para Portugal *“de vez*” (sic) em 2009.

Decidiu voltar a estudar *“queria ficar com o 12º ano, então decidi tirar o curso de informática*”. (sic). Conheceu uma senhora durante as aulas, tendo mantido uma relação amorosa durante um ano e meio. O término da relação deveu-se à aproximação que a namorada mantinha com a sua ex. companheira *“eu não estava para aturar isso e vi-me embora*” (sic).

Mais tarde, conheceu outra mulher, desta vez a partir das redes sociais *“uma pediu amizade a outra no facebook e começamos a falar (...) ela era muito interessante (...) gostava muito de falar com ela*” (sic), tendo decidido ir viver com ela passado um mês de se terem conhecido. Contudo a relação não foi duradoura, tendo terminado três meses após se terem conhecido *“no início era tudo muito bonito (...) mas depois comecei a ver como era desarrumada (...) só queria estar no facebook e a jogar (...) fartei-me, já não suportava*” (sic). Voltou para Braga em 2011, após terminar o curso de informática.

Trabalhou num infantário entre 2011 e 2012, mas, entretanto, viajou para Luxemburgo *“uma senhora conhecida da minha mãe disse-me que tinha lá trabalho e que me dava casa, então fui com ela”* (sic). No entanto, foi *“enganada”* (sic) pela senhora *“ela queria que eu ficasse a limpar a casa dela e a tomar conta do filho (...) não era isso que eu queria”* (sic). Decidiu então começar a procurar trabalho e casa para viver, uma vez eu não tinha dinheiro para voltar para Portugal. A dada altura, encontrou uma senhora portuguesa, que a ajudou *“estávamos no comboio e comecei a contar-lhe (...) ela convidou-me para ir viver lá para casa”* (sic). Será importante referir que tudo isto aconteceu no espaço de um mês. A senhora e o marido ajudaram-na a procurar trabalho, mas passados alguns meses as coisas começaram a piorar *“comecei a ganhar mais dinheiro que o marido dela e ele não achou piada (...) para ele, as mulheres não podem ganhar mais (...) eles lá são um pouco loucos”* (sic), acrescentando que *“lá (Luxemburgo) é só gente mentirosa e que só têm vontade de fazer mal”* (sic), com regresso da sintomatologia depressiva nesse período *“fiquei mesmo muito mal (...) foi aí que comecei a beber”* (sic), tendo mantido hábitos alcoólicos durante algum tempo. Um ano após ter ido para Luxemburgo, volta para Portugal *“já tinha dinheiro, pelo menos para voltar (...) decidi ficar com a minha mãe”* (sic).

Em 2013 assaltou a casa de uns vizinhos próximos, referindo que não se lembrava do sucedido. Roubou um televisor e outros objetos de carácter decorativo. Recordar-se de acordar no carro *“porque tinha a polícia a bater à janela”* (sic) e de encontrar uma garrafa de álcool vazia. Com grande dificuldade em compreender o sucedido, sentiu-se muito culpada e envergonhada, acrescentando que continua sem saber lidar com a situação *“não consigo compreender o que fiz (...) eles eram muito próximos de nós (...) era como se fossem minha família e eu fiz isto”* (sic).

Mais tarde, voltou a mudar-se para o Porto, onde tem permanecido. Neste período trabalhou em várias residenciais, com dificuldade em manter o emprego *“eles são uns chulos (...) trabalhamos 12 horas e ganhamos 20 euros por dia”* (sic). O seu último emprego teve uma duração de quatro meses.

Terminou, recentemente, uma relação de dois anos com F., *“ela era muito ciumenta e possessiva (...) já nos juntámos e separámos três vezes (...) inventa coisas que não existem e não estou para aturar isto”* (sic), acrescentando que nunca viveram juntas devido ao seu passado. Atualmente F., continua a tentar reatar a relação, contactando A.

com regularidade, deixando-a angustiada e frustrada, *“precisa de falar e tenho pena porque não tem ninguém, só atendo por isso (...) chateia-me que ela me ligue sempre (...) às vezes muda de número para eu atender”*(sic).

Apresenta um relacionamento interpessoal diminuído, *“tenho mais de 2000 amigos no facebook, mas não falo com quase ninguém”* (sic), mencionando que não se identifica com as outras pessoas no geral. Além da família, apenas conversa com o senhor que entrega o correio todas as manhãs *“sempre que ele vem trazer o correio vamos tomar café e conversamos”*(sic).

Tem vários problemas de saúde, como, bronquite crónica, rinite alérgica, quistos nos ovários e já foi submetida a uma intervenção cirúrgica nas cordas vocais. Atualmente queixa-se de dores nos ossos, estando a ser acompanhada pela sua médica de família.

Tem hábitos tabágicos, com um consumo médio de 20 cigarros por dia, no entanto está a tentar deixar de fumar *“gasto muito dinheiro em tabaco”* (sic). Consumo de álcool com pouca regularidade *“só costumo beber álcool quando estou muito mal ou estou nervosa, mas é raro”*(sic).

Processo de Observação

A paciente apresenta uma estrutura média-baixa, com peso acima da média, olhos castanhos, com olheiras claramente demarcadas, cabelo castanho escuro e sempre apertado. O seu vestuário era descontraído, alternando entre calças de fato de treino, calções, camisolas e camisas largas. A sua roupa era composta, sobretudo, por cores escuras e neutras, variando entre o castanho, bege, cinzento e preto. Aparecia nas consultas com uma aparência descuidada e pouco higiénica, aparentando ter uma idade superior à real.

No decorrer das consultas, manteve-se sempre vígil e orientada e com um contacto ocular adequado. Apresentava um discurso particularmente verborreico e desorganizado, havendo por vezes, dificuldade em intervir. Dependendo do seu estado de humor A. apresentava um tom de voz que variava entre o irritável e agressivo, e o melancólico e deprimido.

Avaliação Psicológica

De acordo com a história clínica de A. levantaram-se como propostas diagnósticas, a Perturbação Bipolar e Perturbação Estado-Limite (*Borderline*) da Personalidade com Intoxicação pelo Álcool. A dificuldade colocou-se sobretudo devido à labilidade emocional da paciente e impulsividade marcadas, sintomas que estão presentes na Perturbação Bipolar e Perturbação Estado-limite da Personalidade. Também foi levantada, como hipótese preliminar, a possibilidade de Perturbação de Stress Pós-traumático.

A **Perturbação de Stress Pós-Traumático**²⁴ é caracterizada por sintomas como: medo, alterações comportamentais e emocionais, humor deprimido ou disfórico, e cognições negativas, que estão associados à exposição a um acontecimento traumático e que provocam, desta forma, um mal-estar clinicamente significativo no indivíduo (APA, 2014).

Tendo em atenção aos critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014), pode-se verificar que a paciente esteve exposta a um acontecimento traumático (critério A.1.) (APA, 2014) ocorrido a alguém próximo. Referiu que após a morte do residente, tinha lembranças recorrentes do sucedido (critério B.1.) (APA, 2014), sonhos perturbadores (critério B.2.) e alterações no humor associados ao acontecimento, como estado emocional diminuído (critério D.4.) (APA, 2014) e incapacidade de experimentar emoções positivas (critério D.7.) (APA, 2014). Embora esta situação traumática tenha sido um marco importante no desencadeamento das queixas atuais, estes sintomas foram referidos pela paciente como acontecimentos passados, pelo que a confirmação do diagnóstico se mostrou inconclusiva.

A **Perturbação Bipolar**²⁵ é caracterizada pela desregulação afetiva ou alterações do humor que podem variar entre depressão e mania (Neacsiu & Linehan, 2014). Pode ser classificada como Perturbação Bipolar I, verificando-se a presença de pelo menos um episódio maníaco precedido ou seguido por episódios hipomaníacos/depressivos major, e Perturbação Bipolar II no qual não existe o preenchimento dos critérios para episódio maníaco.

5 ²⁴ Anexo F6 - Critérios de diagnóstico para Perturbação de Stress Pós-Traumático, segundo o DSM-

²⁵ Anexo F7 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Bipolar I e II, segundo o DSM-5

A hipótese de diagnóstico para a Perturbação Bipolar colocou-se dado o diagnóstico prévio de Psicose Afetiva e da presença de sintomas que vão ao encontro dos critérios de diagnóstico no DSM-5 (APA, 2014), como a presença de humor irritável, alteração do comportamento habitual e pressão para continuar a falar. No entanto não são suficientes para constituir um episódio maníaco ou hipomaníaco.

A **Perturbação Estado-Limite (*Borderline*) da Personalidade**²⁶ é caracterizada pela instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, e com impulsividade marcada que está presente em vários contextos. As relações interpessoais nestes indivíduos são descritas como intensas e instáveis, e com alterações súbitas na visão que têm em relação aos outros, podendo facilmente passar de extremos da idealização para a desvalorização. A presença de atos impulsivos, potencialmente destrutivos, podem estar presentes em várias áreas, como o abuso de substâncias, ingestão alimentar compulsiva e relacionamentos sexuais de risco. Indivíduos com esta perturbação têm comportamento ou ameaças suicidas recorrentes, ou comportamento automutilante (APA, 2014).

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5 para Perturbação Estado-Limite da Personalidade, podemos verificar que A., apresenta um padrão de relacionamentos interpessoais intensos e instáveis (critério 2) (APA, 2014), e de curta duração, alternando entre extremos de idealização e desvalorização *“no início são todos simpáticos, mas querem todos o mesmo”* (sic), tendo referido ao longo das consultas, opiniões contraditórias em relação a F., *“ela é possessiva e ciumenta (...) ela não merece os problemas que tem (...) é boa pessoa e tenho pena (...) está sempre a fazer-se de vítima”* (sic). É visível o medo intenso de separação e rejeição, e os esforços frenéticos para evitar o abandono, seja ele real ou imaginado (critério 1) (APA, 2014) *“ninguém quer saber de mim (...) a minha assistente social deixou-me, a psiquiatra mudou de hospital (...) a Dra. também me vai deixar quando acabar o estágio (...) quando a minha mãe morrer vou ficar sozinha”* (sic), e com ideação suicida (critério 5) (APA, 2014) *“já pensei em acabar com a minha vida várias vezes, mas nunca segui em frente”* (sic).

Apresenta impulsividade marcada no abuso de substâncias (critério 4) (APA, 2014), tendo comparecido várias vezes na consulta sob o efeito do álcool. Embora tenha referido

²⁶Anexo F8 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Estado-Limite da Personalidade, segundo DSM 5

inicialmente, que apenas consome álcool pontualmente, admitiu mais tarde o consumo de álcool de forma regular.

A instabilidade afetiva devida a reatividade de humor marcada (critério 6) (APA, 2014), é visível durante as consultas, onde foi possível identificar episódios intensos de disforia e irritabilidade aliados a demonstrações frequentes de raiva (critério 8) (APA, 2014), quer seja perante a sua relação com F., *“ela não me deixa em paz (...) fico numa pilha de nervos (...) às vezes bebo por causa dela, porque já não suporto ouvi-la”* (sic), quer seja direcionada para a psicóloga estagiária, *“Há muita coisa que eu gostava de fazer! Mas não posso não é Dra.?! Senão fazia!”* (sic), alternando entre acessos de raiva, verbal e física (como atirar a sua bolsa para o chão e empurrar o computador), e episódios de angústia e desespero.

A paciente verbaliza várias vezes que tem dificuldade em confiar nos outros, razão pela qual não mantém amizades atuais, *“eliminei todas as minhas amigas de Braga do facebook porque estão sempre a ver o que faço e a falar da minha vida”* (sic). O sentimento crónico de vazio (critério 7) (APA, 2014) é exemplificado pelas respostas dadas no MMPI-2, no qual responde positivamente às seguintes questões: “Mesmo quando estou com pessoas sinto-me só a maior parte do tempo” e “A minha vida está vazia e não tem sentido”.

A **Intoxicação pelo Álcool**²⁷ é caracterizada pela presença de alterações comportamentais ou psicológicas, tal como, comportamento agressivo ou sexual inapropriado, labilidade do humor e discernimento comprometido, após a ingestão recente de álcool. Esta compromete o funcionamento e juízo crítico, podendo até mesmo, pôr em risco a vida da pessoa (APA, 2014).

A paciente compareceu com o hálito a cheirar a álcool (critério A) (APA, 2014). Foi possível observar alterações comportamentais e psicológicas, que se agravavam com a ingestão de álcool (critério B) (APA, 2014). Durante estes períodos, apresentava um discurso empastado, verborreia e fuga de ideias, com dificuldade, quer na compreensão da informação que era transmitida, quer no processo de intervenção.

²⁷Anexo F9 - Critérios de diagnóstico para Intoxicação pelo Álcool, segundo o DSM-5

A avaliação Psicométrica da paciente decorreu na fase inicial das consultas²⁸. O pedido por parte da Psiquiatria englobava a Avaliação de Personalidade e Avaliação Neurocognitiva. Foram utilizados os seguintes Instrumentos: MMPI-2, BSI, dois subtestes da WAIS-III (“Código” e “Pesquisa de símbolos”) e o TMT.

A partir dos resultados obtidos, verificou-se que no MMPI-2, a paciente apresenta elevação em quase todas as escalas clínicas, com exceção da Depressão, Masculinidade/Feminilidade e Hipomania²⁹. No BSI a paciente apresenta valores superiores à média em várias dimensões psicopatológicas (somatização, depressão, ansiedade, hostilidade ideação paranoide e psicoticismo)³⁰. Relativamente à Avaliação Neurocognitiva, os resultados obtidos indicam uma velocidade de processamento muito inferior à média, segundo a WAIS-III³¹, e possibilidade de lentificação cognitiva, segundo os resultados do TMT³².

A presença dos critérios de diagnóstico para Perturbação Estado-Limite da Personalidade, é corroborada pelos resultados obtidos no MMPI-2, uma vez que, a disposição do gráfico indica a possibilidade de Perturbação da Personalidade. Num estudo desenvolvido por Nasiri, Abedi, Ebrahimi, Ameli, e Samouei (2013), verificou-se a elevação das escalas clínicas Hipocondria, Histeria, Desvio Psicopático, Psicastenia e Esquizofrenia do MMPI-2, em pacientes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos na avaliação psicométrica de A.

De acordo com a história da paciente e do preenchimento dos critérios de diagnóstico no DSM-5, propõem-se como diagnóstico possível, a **Perturbação Estado-Limite da Personalidade com Intoxicação pelo Álcool**.

Proposta de Intervenção

Indivíduos com Perturbação Estado-Limite da Personalidade, apresentam um padrão de instabilidade, com episódios graves de alterações ao nível da afetividade e dos impulsos (APA, 2014).

A psicoterapia, aliada à farmacoterapia, revelam-se importantes no tratamento e prevenção ao nível da personalidade, do relacionamento interpessoal e funcionamento de

²⁸ Anexo F1 – Relatório de Exame Psicológico de A.

²⁹ Anexo F2 – Resultados de A. no MMPI-2

³⁰ Anexo F3 – Resultados de A. no BSI

³¹ Anexo F4 – Resultados de A. nos subtestes da WAIS-III

³² Anexo F5 – Resultados de A. no TMT A e B

forma geral. Permitem também, a diminuição dos sintomas psicopatológicos, como a instabilidade afetiva, impulsividade, sintomas psicóticos e comportamento auto-lesivo (Oldham, Gabbard, Goin, Gunderson, Soloff, Spiegel, et al., 2001). Desta forma, é essencial a participação de uma equipa multidisciplinar no tratamento destes pacientes.

Segundo Beck e Freeman (1990), o uso da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em pacientes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade, foca-se na diminuição de pensamentos automáticos negativos e de crenças maladaptativas, que conduzem à instabilidade afetiva e comportamentos autodestrutivos. Apresenta várias estratégias que permitem uma maior eficácia na intervenção psicológica, como o treino de resolução de problemas, análise comportamental, reestruturação cognitiva, estratégias de comunicação, entre outras (Neacsiu & Linehan, 2014; Oldham et al., 2001).

Com o decorrer das sessões, a paciente foi apresentando novas problemáticas, o que fez com que tivessem que ser introduzidas novas estratégias sempre que necessário. Pacientes com esta perturbação, apresentam uma variedade de pontos fortes e pontos fracos, sendo que a flexibilidade por parte do psicoterapeuta é crucial na eficácia do tratamento (Oldham et al., 2001). Atendendo às queixas da paciente e à hipótese diagnóstica, foi elaborada uma proposta de intervenção (tabela 1), com base na TCD, que visasse a diminuição da sintomatologia psicopatológica.

Queixas/sintomatologia psicopatológica	Estratégias e técnicas
Dificuldade em dormir	Higiene do sono Importância em manter a rotina e as horas de sono diárias Influência de certos alimentos e bebidas na qualidade do sono Importância da prática de exercício físico
Relacionamento interpessoal diminuído	Treino de competências sociais (Leahy, Holland, & McGinn, 2012) Uso de <i>role-play</i>
Consumo tabágico	Referenciação para consulta de cessão tabágica
Consumo de álcool	Psicoeducação sobre o consumo de álcool Monitorização diária
Baixa autoestima	Reestruturação cognitiva, com substituição de distorções cognitivas por pensamentos realistas (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990)
Excesso de peso	Incentivo à diminuição de peso, propondo a prática de exercício físico regular Referenciação para consulta de nutrição

Níveis elevados de ansiedade	Psicoeducação sobre ansiedade Respiração diafragmática (O'Donohue & Fisher, 2008) Atividades que visam a redução de <i>stress</i>
Níveis elevados de depressão	Apoio emocional Discussão das problemáticas trazidas a cada sessão
Impulsividade	Treino de resolução de problemas (Neacsiu & Linehan, 2014) Reestruturação cognitiva (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer 1990)
Ideação suicida	Monitorização
Rutura na rotina diária	Elaboração de horário com atividades diárias Elaboração e envio de <i>curriculum vitae</i> para instituições/organizações a que se pudesse voluntariar

Tabela 2 - Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de A.

Processo de Intervenção

A elaboração do processo de intervenção foi traçada de acordo com os objetivos demarcados pela paciente e consoante as suas queixas. Posteriormente foi explicada a importância de cada estratégia terapêutica, tendo sido também, realçada a necessidade de colaboração e de compromisso por parte de A., destacando assim, o seu papel ao longo deste processo.

A fase inicial de cada sessão consistia numa escuta ativa das problemáticas trazidas pela paciente e dos acontecimentos que iam ocorrendo entre o espaço das consultas. A labilidade emocional presente na paciente no decorrer das consultas, caracterizada por extremos de humor irritável e depressivo, e estabilidade emocional, apresentaram-se como um obstáculo no processo de intervenção, havendo a necessidade de intervir perante a crise imediata.

No final de cada sessão foram fornecidos “trabalhos de casa” e explicado o seu objetivo e a sua importância. Após a prescrição dos trabalhos de casa, era devolvido, de forma breve e resumida, o que foi feito durante a consulta e esclarecidas quaisquer dúvidas apresentadas pela paciente.

De acordo com os objetivos traçados com a paciente, começou-se por tentar diminuir a sintomatologia depressiva e ansiosa que a acompanhavam. Inicialmente foi explicado o desencadeamento fisiológico provocado pela ansiedade e as alterações físicas e psicológicas que provoca na pessoa (psicoeducação), introduzindo também a respiração diafragmática. A diminuição da sintomatologia depressiva foi feita ao longo das consultas,

dando apoio emocional à paciente de acordo com as problemáticas apresentadas, e com recurso a estratégias e técnicas que diminuíssem as queixas apresentadas inicialmente.

Após a intervenção nesta área, a paciente começou a mostrar melhorias significativas ao nível do humor e com diminuição da sintomatologia ansiosa *“tenho andado mais calma e com mais vontade de fazer as coisas (...) antes andava a 200 à hora e agora ando a 50”* (sic), tendo sido diminuída a medicação por parte da Psiquiatra.

Na consulta seguinte, foram identificadas atividades gratificantes e prazerosas, que preenchessem o seu dia a dia. Foram várias as atividades sugeridas pela paciente: ler, ir ao cinema, ir à praia, fazer natação, passear, aprender a tocar violino e ter aulas de inglês. Tendo então sido de seguida, proposta a elaboração de um horário semanal que permitisse manter uma rotina diária estruturada. Este plano semanal permite que a paciente, além de manter uma rotina de sono diária, com horas fixas para se deitar e acordar, implemente atividades que lhe tragam prazer, mantendo-a ocupada durante o dia. A., demonstrou dificuldade em compreender o que lhe foi proposto *“não consigo perceber porque é que tenho de fazer isto (...) eu faço o mesmo todos os dias”* (sic), tendo sido explicado, novamente, a importância de introduzir novas atividades no seu dia a dia que a mantivessem ocupada, *“mas e se eu depois começar a trabalhar? Não posso começar a fazer tudo e mais alguma coisa, depois não tenho tempo e como é?”* (sic).

Durante a sessão, a paciente recebeu uma chamada telefónica da assistente social e terá começado a chorar *“ela vai embora”* (sic). De seguida voltou a receber outra chamada, tendo desta vez rejeitado e empurrando, com alguma agressividade, a bolsa que estava em cima da secretária. Ao ser questionada sobre esta problemática, referiu, com um tom de voz angustiado, *“todos estão a deixar-me (...) vai ser a última vez que vou estar com ela (...) estou farta que me abandonem. Sei que a culpa não é vossa, mas quem sofre são os pacientes (...) a minha psiquiatra já foi embora, a Dra. vai embora quando acabar o estágio...e eu como é que fico?! (...) estou farta de contar a minha história a toda a gente”* (sic). A psicóloga estagiária tentou acalmar A., reforçando que as consultas iriam ter continuidade, mesmo após o findar do estágio curricular. No entanto, mostrou-se resistente, tendo havido dificuldade em intervir.

Será importante referir a mudança de humor da paciente entre as sessões. Foi de notar a presença de um humor disfórico, alternando entre um tom de voz irritável e choro fácil. Além disso, apresentava um discurso desorganizado, alternando entre temas

relacionados com o relacionamento familiar e a sexualidade. Suspeitou-se que poderia estar sob o efeito do álcool, devido ao odor presente no hálito.

A paciente faltou à consulta seguinte, tendo sido contactada telefonicamente. Referiu que faltou devido à dor que tinha nos ossos *“nem me consigo sair da cama (...) mal consegui dormir com as dores”* (sic). A chamada teve uma duração de 47 minutos, no qual a paciente se mostrava novamente com um humor disfórico, discurso desorganizado, verborreia e voz arrastada, indicando a possibilidade de estar sob o efeito do álcool. Com um tom de voz irritável disse *“estou farta disto (...) a minha ex. voltou a ligar-me (...) não me deixa em paz (...) estou farta de tudo, só quero desaparecer”* (sic), acrescentou ainda que *“a Dra. não me quer dizer, mas eu sei que vai embora”* (sic). Durante a chamada, foi possível observar a presença de humor deprimido e irritável, com choro fácil. Mais uma vez, houve dificuldade em intervir.

A consulta seguinte teve como objetivo discutir as problemáticas trazidas pela paciente, dando-lhe apoio emocional. Durante esta sessão procurou-se acalmá-la relativamente à saída da psicóloga estagiária do hospital, voltando a referir que iria continuar a acompanhá-la. A, mencionou novamente a dificuldade que tem em relacionar-se com os outros *“querem todos o mesmo, só pensam em sexo e eu não sou assim”* (sic), apresentando um discurso direcionado para a sexualidade *“80% das pessoas só pensam em sexo e eu não sou assim”* (sic). Houve confronto por parte da psicóloga estagiária em relação ao consumo de álcool, tendo a paciente admitido *“bebi álcool algumas vezes mais foi só cerveja (...) por causa da F., ela não me deixa em paz (...) estou tão farta de tudo, que o álcool é a única coisa que alivia (...) se não fosse a minha mãe já não estava cá”* (sic), contudo negou o consumo regular. Num tom de compreensão perante o desespero da paciente, foram referidas as alterações que o consumo de álcool provoca, a nível físico e emocional, sobretudo quando se está a ser medicada. Referiu ter deixado de tomar a medicação prescrita pela psiquiatra *“não fazia nada (...) às vezes chegava a tomar quatro comprimidos por dia e não me ajudava”* (sic). A consulta no serviço de Psiquiatria estaria agendada apenas para novembro de 2016, havendo dificuldade na mudança da prescrição médica.

Foi pedido à paciente para que elaborasse o *Curriculum Vitae* e pesquisasse Instituições e Organizações em que se pudesse voluntariar, de forma a manter-se ocupada durante o dia. No final da consulta foi fornecido o contacto telefónico da

psic3loga estagi3ria, como forma de monitoriza33o, tendo sido referido que poderia telefonar quando estivesse perante uma situa33o de urg3ncia.

Na consulta seguinte a paciente compareceu 3a consulta com um sorriso nos l3bios e com uma melhoria significativa do humor *“tenho andado bem, s3o me d3o um pouco os ossos”* (sic). Apareceu com o *Curriculum Vitae* elaborado³³, acrescentando que pesquisou Institui33es de voluntariado e enviou, inclusive, o seu curr3culo. Tentou elaborar o plano de atividades semanais, mas sem sucesso *“faço sempre o mesmo (...) n3o preciso de hor3rio”* (sic). Foi ent3o proposta a elabora33o do hor3rio em conjunto, inserindo novas atividades na sua rotina. Atendendo 3s atividades sugeridas pela paciente anteriormente, esta referiu que queria, acima de tudo, aprender ingl3s e come3ar a ter aulas de nata33o para perder peso. Como trabalho de casa, foi ent3o pedido que procurasse locais onde pudesse realizar essas atividades.

A consulta seguinte, foi caracterizada pela presen3a de humor disf3rico, referindo que *“n3o estou nada bem (...) tenho muitas dores nos ossos”* (sic). Com um tom de voz angustiado, sentia-se revoltada porque nenhum profissional de sa3de conseguia descobrir a raz3o pela qual tinha tantas dores *“d3o-me tudo da cabe3a aos p3s (...) s3o quero que me fa3am um exame da cabe3a aos p3s para saber o que tenho (...) se fosse em Fran3a n3o era assim”* (sic). Acrescentou ainda que n3o sabia o que lhe esperava no futuro *“n3o posso trabalhar mais como empregada de limpeza, n3o aguento a dor que tenho nas minhas costas (...) n3o sei o que fazer”* (sic). Foi proposta a procura de emprego noutras 3reas profissionais. Contudo houve nega33o por parte da paciente, *“mas 3 s3o isso que eu sei fazer (...) Andei a limpar a minha vida toda n3o sei fazer mais nada (...) se n3o d3o trabalho aos mais jovens v3o me dar a mim?!”* (sic).

Mais uma vez, a paciente mostrou-se resistente em rela33o ao processo de interven33o *“n3o consigo fazer o que a Dra. me pede (...) nem penso nisso”* (sic), tendo sido novamente aludida a import3ncia do papel da paciente no processo terap3utico e que a mudan3a dependia da sua colabora33o e compromisso, *“eu sei disso... vou tentar”* (sic).

Entre as sess3es, a paciente contactou a psic3loga estagi3ria, para confirma33o da marca33o da pr3xima consulta. Durante a chamada telef3nica, mostrava-se com um humor claramente irrit3vel e deprimido, e com agressividade marcada. A sua voz era arrastada e o seu discurso desorganizado, havendo a possibilidade de estar sob o efeito

³³ Anexo F10 – *Curriculum Vitae*

do álcool. Referiu várias vezes que *“ninguém me compreende (...) ninguém quer saber de mim”* (sic), acrescentando que *“não quero falar consigo, não quero falar com ninguém”* (sic). Com ideação suicida *“já pensei em acabar com a minha vida e até já pensei como (...) só quero desaparecer (...) mas não quero falar sobre isso”* (sic), referindo que este pensamento se devia a *“estar farta das pessoas (...) querem todas o mesmo (...) ninguém me ajuda (...) estou cheia de dores no corpo todo e ninguém me diz o que tenho”* (sic). Mais uma vez, houve dificuldade em intervir.

Estando a paciente sob descompensação psicopatológica, foi discutido com a orientadora de estágio, qual o procedimento a seguir. Uma vez que, a sua consulta de Psiquiatria estava marcada para novembro, concluiu-se que o internamento seria a melhor opção.

A consulta seguinte teve como objetivo advertir a paciente em relação ao seu estado de saúde mental, tendo então sido sugerido o internamento. A paciente mostrou-se inicialmente resistente *“está-me a assustar (...) já fui internada uma vez e foi horrível ver assim as pessoas”* (sic). Foi explicada a importância em ser monitorizada por profissionais de saúde, que assegurariam o seu bem-estar e que permitiriam um tipo de cuidado que a consulta de Psicologia não lhe podia mais oferecer. Acrescentou-se ainda, que este período serviria também para se afastar de todos os problemas que a acompanhavam, o que seria benéfico para o seu bem-estar *“eu já tinha pensado em ir às urgências (...) sei que não estou bem e que preciso de ajuda”* (sic). Foram propostas novas intervenções e estratégias no futuro como, o encaminhamento para a consulta de Nutrição, aumentando assim a sua motivação para a mudança. A., acabou por aceitar a proposta de internamento.

A paciente teve alta 12 dias após a data do internamento, tendo contactado a psicóloga estagiária no dia seguinte. Durante a chamada, a paciente apresentava-se com um discurso organizado e melhorias ao nível do humor, tendo agradecido à psicóloga estagiária pelo incentivo. Referiu que se sentia muito melhor, no entanto não queria voltar a repetir a experiência *“não quero voltar a ficar assim”* (sic). A consulta seguinte ficou agendada para dia 13 de outubro de 2016.

Reflexão do Caso A.

A labilidade emocional, carregada de um humor disfórico, presente na paciente, mostrou-se como um impasse no processo psicoterapêutico. A agressividade, transferida muitas vezes para a psicóloga estagiária, obrigou o uso de uma metodologia assertiva, revelando o papel do psicólogo e do paciente no contexto de consulta.

A escolha deste caso sucede pelo desafio e pela dificuldade em intervir, sessão após sessão. O facto de não saber como a paciente estaria na próxima consulta, levava à necessidade de uma intervenção diferente e inovadora, que se adequasse ao seu estado de humor e motivação.

Após a saída do internamento a paciente apresentou-se motivada para a mudança. Decidida a ter a uma melhor qualidade de vida, tem como objetivos: perder peso, deixar de fumar e de consumir álcool e realizar novas atividades (como ter aulas de inglês). Neste momento preocupa-se sobretudo com o seu bem-estar *“agora quero é ficar bem (...) tenho de pensar primeiro em mim”* (sic), exibindo uma postura de empenho e compromisso perante a intervenção.

A., irá continuar a ser acompanhada no Serviço de Psicologia, com o objetivo de dar continuidade ao processo psicoterapêutico, de acordo com a proposta de intervenção desenhada anteriormente. Contudo, o processo de intervenção terá uma direção diferente, iniciando-se com o aumento da autoestima, diminuição de peso e elaboração de uma rotina diária que promova a realização de atividades prazerosas.

1.2. Caso Clínico B.

Dados de Identificação

B. é do género masculino, com 70 anos e é natural do distrito do Porto. Tem o 5º ano de escolaridade. É reformado desde os 47 anos de idade. É casado há 43 anos e tem dois filhos. Atualmente, mora com a esposa num apartamento.

Motivo de Pedido da Consulta

A consulta de Psicologia foi iniciada a 14 de abril de 2016. Foi referenciado para a consulta de Psicologia do SMFR, por parte do Serviço de Reabilitação Cardíaca. Foi encaminhado para o Serviço de Reabilitação Cardíaca como medida de prevenção e de diminuição dos fatores de risco associados ao Enfarte Agudo do Miocárdio.

O pedido de encaminhamento, teve como motivo, a diminuição da sintomatologia ansiosa e a inclusão do paciente no Grupo psicoeducativo dos cardíacos.

História do Problema

Segundo B. a problemática teve início quando começou a ter dores nas pernas. Uns dias depois decidiu ir ao centro de saúde, *“sabia que alguma coisa não estava bem”* (sic). Considerou-se um sortudo *“cheguei mesmo a tempo”* (sic), tendo sido diagnosticado com Enfarte Agudo do Miocárdio em fase inicial.

Referiu que começou a ficar muito preocupado com o seu estado de saúde *“se não tivesse ido ao médico já não estava cá para contar a história (...) pode acontecer a qualquer um (...) já ouvi falar de pessoas que morreram de enfartes e fico com medo”* (sic). Esta situação despoletou elevados níveis de ansiedade *“estava sempre preocupado que me voltasse a acontecer, não pensava em mais nada (...) só quando o Dr. X disse que eu tinha melhorado muito é que fiquei mais descansado”* (sic).

Sempre se preocupou muito com a saúde *“desde criança que me preocupo muito com a saúde (...) com a saúde não se brinca”* (sic), acrescentando que sempre que sentia alguma dor ficava alarmado *“fico logo com medo que seja cancro (...) fico muito nervoso”* (sic). A sua preocupação também era evidente quando lhe pediam para fazer exames médicos *“ainda no outro dia a Dra. Y pediu para fazer exames por causa dos diabetes (...) ui... nem sabe como fiquei! Não pensava em mais nada (...) só descansei quando ela me*

disse que estava tudo bem” (sic), ou até mesmo quando ouvia falar sobre alguma doença “fico logo a pensar que posso vir a ter essa doença” (sic). Um dia encontrou um conhecido e teve medo de o cumprimentar “fingi que não o vi (...) ele tem um problema de pele (...) fiquei com medo de contrair alguma coisa (...) quando cheguei a casa fui logo lavar as mãos” (sic). Esta não foi a primeira vez que se deparou numa situação destas “às vezes passo para o outro lado da rua quando vejo sem-abrigos, é que não têm higiene (...) devem estar cheios de doenças” (sic). Contudo, teve consciência da sua reação exagerada “no fundo sei que não me passam assim as doenças, mas não consigo controlar (...) começo a cismar e pronto (...) é mais forte do que eu” (sic).

A sua preocupação não está apenas, no medo de ter uma doença, mas sobretudo no medo de vir a contrair uma doença no futuro *“tenho muito medo de vir a ter uma doença grave (...) então quando alguém me fala numa doença, fico logo a cismar (...) só descanso quando os médicos me dizem que está tudo bem” (sic).*

Associada a esta preocupação excessiva com a saúde estão as alterações do humor *“fico mais irritado, nervoso e aborrecido (...) perco o gosto a tudo, não acho piada a nada (...) às vezes fico mesmo zangado” (sic), atribuindo estas alterações ao facto de estar preocupado, tornando-se “muito mesquinha (...) vou buscar coisas onde elas não existem (...) começo a cismar com tudo” (sic).*

Genograma

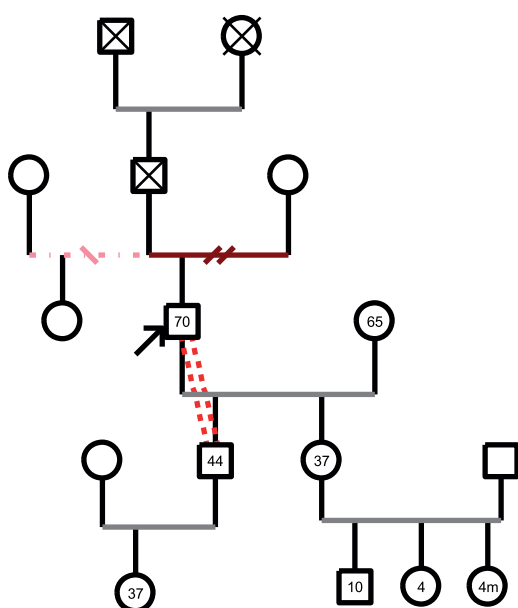


Figura 3 - Genograma familiar de B.

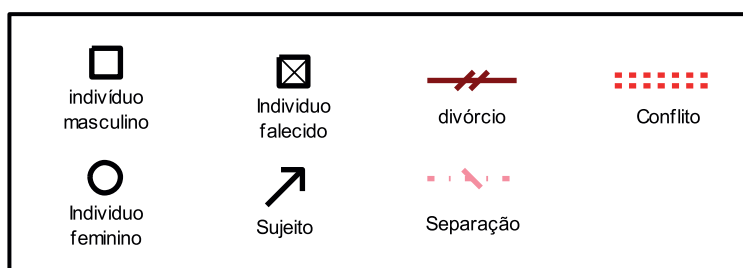


Figura 4 - Legenda do Genograma familiar de B.

História Familiar

B., é filho único, fruto de uma relação conjugal que durou apenas 2 anos. O seu pai faleceu com 62 anos vítima de overdose *“morreu quando se entregou por completo ao álcool”* (sic). Já a sua mãe terá por volta de 90 anos. Os seus pais divorciaram-se quando tinha apenas meses *“acho que a minha mãe o tinha traído, pelo menos é o que a minha avó me contava”* (sic). A rutura do relacionamento deveu-se ao facto de terem casado ainda muito jovens. A sua avó materna nunca foi a favor da união dos progenitores *“a minha mãe era de uma família pobre e como a minha avó tinha muito dinheiro não gostou da ideia”* (sic).

Nunca teve uma relação próxima com o pai. Embora se vissem com regularidade, não passavam muito tempo juntos. Descreveu-o como um homem *“temperamental e agressivo”* (sic). O consumo de álcool era frequente e com repercussões ao nível do humor *“se já era complicado sóbrio, pior ficava quando bebia”* (sic). Retratou a sua relação com frieza, insignificância e progressivo afastamento *“nunca fui tratado como um filho (...) como tinha muito dinheiro andava sempre a viajar (...) só queria saber de mulheres e vinho”* (sic), mostrando dificuldade em dirigir-se a ele como pai *“nunca soube o que é ter um pai”* (sic).

Em relação à sua mãe, não tem qualquer tipo de memórias, uma vez que, após o divórcio, esta fugiu para França. O facto de não ter sido educado, nem acompanhado, pelos pais durante o seu crescimento, trouxe consequências a longo prazo *“fiquei traumatizado (...) quando era pequeno não me apercebi, mas agora vejo que sou assim por causa deles (...) acabo por ser um homem revoltado”* (sic).

B., teve uma meia-irmã, fruto de uma relação amorosa que o seu pai manteve com uma das empregadas da avó paterna, *“tinha vinte e poucos anos quando a minha meia-irmã nasceu”* (sic). Embora não mantenham uma relação de proximidade, entram em contacto com frequência *“para saber como vão as coisas (...) ela não tem culpa do que aconteceu, é uma vítima”* (sic).

A sua avó paterna foi um marco importante no seu crescimento *“foi ela que me criou”* (sic). Descrita como uma mulher bastante influente na sociedade *“era uma senhora: quero posso e mando (...) só se dava com as pessoas mais importantes da zona”* (sic), e de nível socioeconómico elevado. B. cresceu e foi educado pela sua avó, *“ela era como uma mãe para mim (...) deu-me o amor que podia, coisa que os meus pais nunca deram”* (sic). O paciente dirigiu-se num tom de bastante cumplicidade, tendo referido várias vezes o quanto se sentia agradecido, *“ela deu-me o carinho que uma mãe tem por um filho (...) nunca me faltou nada”* (sic). Faleceu aos 80 anos vítima de AVC.

O seu avô paterno faleceu quando ainda era muito jovem, com cancro da língua, *“não tenho muitas lembranças dele (...) devia ter uns seis anos quando morreu”* (sic).

Casou-se há 47 anos com *“a mulher da minha vida”* (sic). A sua esposa tem 65 anos. Conheceram-se quando tinha 19 anos, altura em que ingressou no serviço militar. Referiu ter uma boa relação conjugal *“ela é muito boa para mim (...) faz tudo por mim”* (sic). Caracterizou-a como uma pessoa tranquila e paciente *“sei que tenho um feitio complicado e mesmo assim continua a aturar-me estes anos todos (...) eu complico as coisas e ela descomplica”* (sic). Apaixonou-se no momento em que a viu *“foi amor à primeira vista”* (sic), acrescentando que foi a única mulher com quem manteve um relacionamento íntimo, *“foi a primeira mulher com quem estive e será a última”* (sic).

Concebeu dois filhos, fruto da sua relação conjugal. O seu filho mais velho tem 44 anos, com uma filha de 21 anos. Descreveu-o como uma pessoa serena *“é calmo como a mãe (...) e uma paz de alma”* (sic). Contudo, não mantêm uma relação muito próxima, *“não me enquadro muito com ele (...) estivemos sem nos falar durante muito tempo”* (sic). Estas discussões estiveram, muitas vezes, associadas à sua nora, culpando-a pelos desentendimentos, *“a mulher dele é posso, quero e mando (...) eu sei que ele não é feliz naquela relação e isso deixa-me revoltado”* (sic).

A sua filha mais nova tem 37 anos e tem 3 filhos, duas meninas de 4 anos e quatro meses e um menino com dez anos. Vive na Escócia há cerca de 10 anos e passa férias em

Portugal anualmente, algo que o deixa descontente *“gostava de tê-la aqui (...) gostava da companhia dela”* (sic). Contou que tem um feitiço complicado, caracterizando-a como uma pessoa impulsiva, mas também determinada *“é igual a mim (...) eu gosto muito dela, mas quando chocamos há guerra”* (sic). Quando esta ainda era adolescente, tiveram vários desentendimentos, *“cheguei a bater-lhe várias vezes porque ela gostava de me assanhar (...) perdia a paciência com ela”* (sic). Desde que emigrou a sua relação melhorou bastante.

História Pessoal

Abandonado pela mãe, passou a viver com a avó paterna quando tinha apenas alguns meses de idade, tendo ficado ao cuidado das suas empregadas durante a infância *“eram as criadas dela que tomavam conta de mim (...) às vezes tinha uma, às vezes tinha mais (...) iam sempre mudando, o máximo que estive com a mesma criada foi um ano para aí”*. Embora tenham sido sempre muito prestáveis e atenciosas, sempre sentiu que lhe faltava carinho *“nunca soube o que é ter o amor de pai ou de mãe”* (sic). Não ter um contacto duradouro com as cuidadoras que por si iam passando, não lhe permitia manter uma relação de proximidade *“como os outros tinham com os pais”* (sic).

A sua infância foi um período feliz, *“vivía no meu mundo”* (sic). Apesar de sentir falta do seu pai, a sua avó estava sempre presente *“tinha tudo o que queria (...) nunca me faltou nada”* (sic). Contudo, referiu que ao olhar para o passado cresceu *“sem amor de pais”* (sic).

O seu percurso escolar foi satisfatório *“nunca fui muito bom aluno, mas safava-me sem reprovar a nada”* (sic) e com um bom relacionamento interpessoal *“tinha muitos amigos na altura (...) passava muito tempo com eles a brincar”* (sic).

A fase da adolescência decorreu com seguimento da sua infância *“dentro da normalidade”* (sic). No entanto, a escola deixou de ser uma prioridade, *“andava sempre com os meus colegas na brincadeira e não dava tanto valor à escola”* (sic). Com o tempo começou a ter dificuldade em manter amizades, uma vez que, a sua avó limitava o seu grupo de amigos, *“dizia que só podia andar com aquele e outro e que só podia fazer isto e aquilo (...) acabava por me afastar dos outros colegas porque não me deixava fazer algumas coisas (...) era muito autoritária”* (sic).

Aos 15 anos decidiu deixar de estudar *“queria ser mais independente e estava cheio de estudar (...) preferia trabalhar”* (sic), acrescentando, em tom de arrependimento, que não terminou o 6º ano *“só me faltava o exame, mas faltei (...) não me apeteceu ir”* (sic). Conta que a avó tinha planeado outro futuro para si, mas que na altura não era o que pretendia *“queria fazer de mim um engenheiro ou um médico, mas eu não quis continuar a estudar (...) agora arrependo-me, mas já está feito”* (sic).

Aos 16 anos começa a trabalhar como mecânico numa oficina *“fui aprendendo com um e com outro, depois com o tempo, comecei a fazer as coisas sozinho”* (sic). Ao longo dos anos foi mudando de emprego, contudo manteve sempre a mesma função.

Quando ingressou no serviço militar, esteve em Moçambique e Portugal, alternadamente. Dirigiu-se a este período como uma fase complicada *“nem passei por nada de especial, mas alguns tiveram de matar pessoas e viram pessoas a morrer (...) custou-me na mesma, não estava preparado”* (sic), acrescentando que *“as saudades que tinha de casa e da minha mulher (namorada na altura), também não ajudavam”* (sic). Embora nunca tenha estado em contacto a morte, tinha muitos pesadelos e pensava neste período da sua vida com frequência *“pensava muito que podia morrer ou que podia até matar alguém (...) se tivesse morto alguém... nem quero pensar”* (sic). Este período trouxe consequências a longo prazo, como a dificuldade de comparecer em funerais e ver pessoas mortas, associando-se à sua preocupação com a saúde *“começo logo a pensar que vou ter uma doença e vou morrer (...) a minha mulher às vezes prefere nem contar que morreu este ou aquele”* (sic).

O seu regresso a casa, cerca de 3 anos depois, foi marcado com determinação, *“queria casar, então pedi a minha mulher em casamento”* (sic). Contudo a sua família reprovou o casamento devido ao nível socioeconómico da sua esposa. Mesmo contra a vontade da sua família, B. decide seguir em frente com a sua decisão e casa-se no fim desse ano. Descreve o seu casamento como *“o melhor que me aconteceu”* (sic).

Depois de se casar, começou a trabalhar numa rede de transportes públicos do Porto, como mecânico. O seu trabalho consistia em reparar todos os autocarros com avaria. Manteve este emprego durante vários anos, *“no início gostava, mas depois de estar lá tantos anos comecei a cansar-me”* (sic). Ao fim de 24 anos começa a ter dificuldades em comparecer ao emprego *“já não estava a conseguir (...) tantos anos a fazer a mesma coisa (...) só de pensar que tinha de ir trabalhar deixava-me maluco”* (sic).

Decidiu ent3o, para o bem da sua sa3de mental, pedir baixa m3dica numa tentativa de se reorganizar emocionalmente *“precisava de descansar para ficar bem (...) precisava de estar longe daquilo tudo”* (sic). Referiu que, findado o per3odo de baixa m3dica voltou ao emprego, mas acabou por desistir, *“estava a dar em maluco, n3o andava nada bem”* (sic). Conseguiu obter a reforma antecipada, aos 47 anos. Contou que *“estava t3o mal que nem consegui ficar l3 at3 ao fim do m3s e vi-me embora sem o dinheiro (...) naquela altura s3 queria sair dali”* (sic).

Atualmente vive apenas com a esposa, mantendo a mesma rotina di3ria desde que se reformou *“3 sempre do mesmo, vamos at3 ao caf3, passeamos e estamos por casa (...) vou fazendo sempre algumas coisas, como consertar eletrodom3sticos e assim (...) vivemos num apartamento por isso n3o temos muito com que nos ocupar”* (sic).

Descreve-se como uma pessoa pouco soci3vel *“digo bom dia e boa tarde 3 pessoas que conheço, mas fico por a3 (...) as pessoas est3o sempre a bisbilhotar e prefiro nem meter conversa”* (sic), comparando a sua vida social atual com a passada, *“quando eu era mais novo toda a gente gostava de mim, mas agora 3 uma falsidade muito grande (...) agora n3o tenho amigos, s3 tenho colegas (...) a maioria das pessoas n3o s3o de confiança”* (sic).

B. considera-se *“um homem revoltado”* (sic), sobretudo perante os seus pais. Caracteriza-se como uma pessoa *“mesquinha e muito cism3tico”* (sic), como consequ3ncia da sua preocupa3o excessiva pela sa3de, admitindo que *“tenho um feiti3 complicado”* (sic). 3 tamb3m, uma pessoa justa e atenciosa com os outros *“sempre que algu3m precisa de mim eu estou l3 (...) era capaz de deixar de comer para dar de comer aos outros, mesmo que n3o façam isso por mim”* (sic).

Com antecedentes tab3gicos *“cheguei a fumar dois maços por dia”* (sic), deixou o consumo assim que o m3dico lhe falou das repercuss3es que o tabaco tinha ao n3vel da sa3de. Deixou de consumir 3lcool h3 cerca de um ano atr3s *“antes bebia uma garrafa de vinho ao almoço, porque comia muito”* (sic).

Processo de Observa3o

B., compareceu nas consultas com uma apar3ncia cuidada e adequada ao contexto. O seu vestu3rio era descontra3do e composto por cores que variavam entre o

vermelho, verde, laranja, azul, bege e castanho. Apresenta uma estrutura média-baixa, com peso ligeiramente acima da média, cabelo grisalho e olhos castanhos.

Com o decorrer das sessões, foi-se sentindo mais descontraído, melhorando assim a relação terapêutica. Manteve-se sempre vígil e orientado e com um contacto ocular adequado. O seu discurso era calmo e organizado, dando a voz à psicóloga estagiária sempre que necessário. Apresentava sempre um sorriso nos lábios quando a sua esposa era referenciada, e um olhar triste quando a consulta era direcionada para a sua infância.

Colaborante e motivado em todo o processo psicoterapêutico, exceto na execução das tarefas de casa.

Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica decorreu na fase inicial das consultas. Inicialmente, colocou-se como hipótese a presença de Perturbação de Ansiedade Generalizada. No entanto, de acordo com a sua história clínica e com os critérios de diagnóstico presentes no DSM-5 (APA, 2014), a hipótese de diagnóstico ficou limitada a Perturbação de Ansiedade de Doença. Esta perturbação tem uma designação recente, devida às alterações efetuadas do DSM-IV para o DSM-5. Anteriormente, o diagnóstico seria Hipocondria, com elevada ansiedade relacionada com a saúde, mas sem sintomas somáticos (APA, 2014).

A **Perturbação de Ansiedade de Doença**³⁴ caracteriza-se pela preocupação de ter, ou vir a ter, uma doença grave, e pertence às Perturbações de Sintomas Somáticos (APA, 2014). Esta preocupação, pode ser derivada de sinais ou sintomas físicos, no entanto, é a ansiedade em relação ao significado e causa da queixa, que provocam mal-estar no indivíduo (APA, 2014). Kenion (1976), define a hipocondria como uma preocupação exagerada, associada ao estado de saúde físico e mental e que leva ao desenvolvimento de queixas associadas a sintomas não patológicos. Indivíduos com esta perturbação, ficam preocupados quando existe uma suspeita de doença, como ouvir uma notícia relacionada com a saúde ou saber que alguém ficou doente, investigando sobre essa condição médicas de forma excessiva (APA, 2014).

³⁴ Anexo G1 – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Ansiedade de Doença, segundo o DSM-5

De acordo com os critérios de diagnóstico presentes no DSM-5 para Perturbação de Ansiedade de Doença, verificou-se que o paciente detém preocupação de ter ou vir a ter uma doença grave no futuro (critério A) (APA, 2014), quando refere que *“tenho muito medo de vir a ter uma doença grave (...) só descanso quando os médicos me dizem que está tudo bem”* (sic), procurando cuidados de saúde com bastante frequência (especificação dos critérios de diagnóstico) (APA, 2014). Esta preocupação gera alterações no funcionamento geral do paciente, havendo um nível elevado de ansiedade relacionado com a saúde (critério C) (APA, 2014) *“quando alguém me fala numa doença, fico logo a cismar (...) fico mais irritado, nervoso e aborrecido”* (sic), e com uma preocupação desproporcional em relação à condição médica (critério B) (APA, 2014), *“fico logo com medo que seja cancro ou parecido”* (sic).

Esta preocupação pela saúde está presente desde sempre (critério E) (APA, 2014), *“desde criança que me preocupo muito com a saúde, sempre fui assim (...) com a saúde não se brinca”* (sic). Apresenta comportamentos excessivos relacionados com saúde (critério D) (APA, 2014), tal como, pesquisar na internet sobre uma doença ou sintomas que ouviu falar, ver programas relacionados com a saúde e ler várias vezes os relatórios de exames médicos para confirmação do diagnóstico.

Proposta de Intervenção

Pacientes com Perturbação de Ansiedade de Doença apresentam uma preocupação excessiva em relação ao seu estado de saúde de forma geral. A presença de sinais e sintomas físicos mínimos ou até mesmo o medo de contrair uma doença, real ou imaginada, provoca alterações no funcionamento geral do indivíduo. De um ponto de vista cognitivo, a ansiedade em relação à doença resulta de distorções cognitivas e interpretações catastróficas, associadas à reação que estes indivíduos têm perante o medo de vir a ter uma doença (Salkovskis, Warwick, & Deale, 2003).

A TCC mostra-se eficaz no tratamento de pacientes com hipocondria, uma vez que, permite uma análise compreensiva dos fatores psicológicos associados à perturbação, promovendo assim a resolução do problema central e diminuição dos sintomas associados à doença (Salkovskis et al., 2003). Além disso, possibilita uma intervenção direcionada para o presente, fornecendo estratégias alternativas e direcionadas para a preocupação, reação e alterações do humor associadas ao problema

atual. Esta técnica fornece várias estratégias que promovem o processo de intervenção psicoterapêutico, como por exemplo, resolução de problemas, relaxamento, exposição e identificação e alteração de distorções cognitivas (Leahy et al., 2012).

De acordo com as queixas apresentadas pelo paciente ao longo das consultas e a hipótese diagnóstica, foi estruturada uma intervenção psicológica (Tabela 3), que teve como base as técnicas e estratégias fornecidas pela TCC, com o objetivo de diminuir a sintomatologia psicopatológica.

Queixas/sintomatologia psicopatológica	Estratégias e técnicas
Níveis elevados de ansiedade	Psicoeducação sobre ansiedade Respiração diafragmática (O'Donohue & Fisher, 2008) Relaxamento Muscular Progressivo (Jacobson, 1938)
Relação conflituosa com o filho	Treino de resolução de problemas (Leahy et al., 2012; O'Donohue & Fisher, 2008) Role-play
Excesso de peso	Incentivo à diminuição de peso, propondo a prática de exercício regular
Preocupação com a saúde	Restruturação cognitiva (O'Donohue & Fisher, 2008) Registo de pensamentos automáticos Treino de autocontrolo Treino de resolução de problemas (Leahy et al., 2012; O'Donohue & Fisher, 2008) Exposição (Leahy et al., 2012) Prevenção (O'Donohue & Fisher, 2008)
Baixo relacionamento interpessoal	Técnicas de Relacionamento Interpessoal (O'Donohue & Fisher, 2008) Autoconhecimento

Tabela 3 - Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de B.

Processo de Intervenção

O programa foi desenhado a par com o paciente, indo ao encontro dos objetivos traçados e das queixas apresentadas. Previamente, foi explicada a importância de cada estratégia terapêutica, assim como do seu papel ao longo do processo psicoterapêutico. B. manteve sempre uma posição colaborante e de compromisso, e motivação ao longo das sessões *“sigo sempre tudo à risca, se é para fazer é para fazer (...) quando me meto numa coisa vou até ao fim”* (sic).

O início de cada sessão destinava-se aos acontecimentos sucedidos entre as consultas. Foram várias as problemáticas trazidas pelo paciente, tendo havido a necessidade de intervir no problema atual. No final da consulta, foram fornecidas tarefas de casa, explicando o objetivo pretendido e a importância da sua realização. Contudo, o paciente nunca completou as tarefas prescritas, demonstrando dificuldade na sua realização.

Uma das queixas apresentadas inicialmente pelo paciente foi o excesso de peso *“preciso de perder peso (...) quero ser mais saudável”* (sic). Após ter sido diagnosticado com uma cardiopatia, decidiu que tinha de fazer algumas alterações na sua vida *“não quero ter problemas no coração (...) sei que a alimentação e o exercício são importantes”* (sic). Foi reencaminhado para o Serviço de Nutrição pelo seu médico do Serviço de Reabilitação Cardíaca, onde tem vindo a apresentar melhorias. Não sendo suficiente, foi proposta a prática de caminhadas regulares, algo sugerido anteriormente pelo Serviço de Reabilitação Cardíaca. B. tem feito as suas caminhadas diariamente, com uma duração de 40 a 60 minutos.

Relativamente à diminuição da sintomatologia ansiosa, começou-se pela psicoeducação, valorizando o processo fisiológico desencadeante e particularizando a sua influência na preocupação em relação à saúde. Foi referido como estados de ansiedade permanentes, podem dever-se à preocupação constante de antecipação perante acontecimentos futuros, mais propriamente, em relação ao medo de vir a contrair uma doença.

A respiração diafragmática foi introduzida neste contexto, uma vez que, permite focalizar-se no aqui e agora, promovendo o relaxamento e a diminuição da ansiedade. Após a prática no espaço de consulta, foi pedido ao paciente que praticasse a respiração diariamente, entre cinco a dez minutos por dia. Dada a dificuldade em conseguir realizar a tarefa em casa, foi proposto o seu exercício no final de cada consulta, revelando a importância de continuar a praticar em casa. A sessão de Relaxamento Muscular Progressivo foi introduzida posteriormente, tendo sido fornecido algum tempo para o paciente praticar a respiração. Esta sessão foi um grande sucesso, uma vez que, permitiu que B., diminuísse o estado de ansiedade com que estava no início da consulta, *“sinto-me*

melhor, mais calmo (...) parece que me saiu um peso de cima" (sic). No final da sessão foi fornecido um documento³⁵ para que pudesse praticar em casa.

B., demonstrou ter um relacionamento conflituoso com o filho. Durante uma consulta, o paciente referiu que tinham voltado a discutir e que desta vez teria sido *"a sério"* (sic). Referiu que *"ligou-me no domingo a dizer que ia passear com a mulher e a filha até ao Porto e não nos convidou (...) fiquei muito chateado (...) ele sabia que estávamos em casa e nem nos perguntou se queríamos ir (...) disse-lhe umas quantas coisas"* (sic). Após o relato do acontecimento, procurou-se dar apoio emocional ao paciente, procurando saber o que pensou e como se sentiu na altura. De seguida, utilizou-se como estratégia de intervenção o *role-play*, procurando desmistificar o pressuposto de que o filho não se preocupava com os pais. O paciente mostrou-se muito recetivo *"talvez não tenha feito por mal afinal (...) eu podia ter perguntado se podíamos ir, será que dizia que sim?"* (sic). No entanto apresentou dificuldade em resolver o conflito com o filho *"ele é que devia vir falar comigo"* (sic), tendo sido colocadas hipóteses sobre quem deveria falar primeiro e tentando de seguida resolver o problema, concluindo que *"cada um tem a sua razão e ele não deve ter feito por mal (...) ele é meu filho e quero que fique tudo bem"* (sic). Será importante referir que B., contactou com o filho e que fizeram as pazes *"falei com ele (...) disse-me que não tinha sido por mal e que eu é que faço filmes na minha cabeça"* (sic). A sua relação tem vindo a melhorar progressivamente, com almoços semanais e passeios ao fim de semana.

A intervenção ao nível da ansiedade em relação à saúde, baseou-se sobretudo na reestruturação cognitiva, no treino de resolução de problemas e de autocontrolo. Começou-se por abordar situações relacionadas com a saúde que tenham deixado o paciente mais preocupado e ansioso. Foi então pedido que escolhesse um acontecimento recente e que o identificasse *"Quando a médica disse que tinha de fazer exames aos diabetes"* (sic). Procurou-se identificar a reação que teve perante a notícia *"comecei logo a pensar que tinha mesmo diabetes, senão ela não pedia para fazer os exames (...) fiquei para morrer (...) já ouvi falar de pessoas que morreram com diabetes"* (sic), e como se sentiu na altura, *"senti-me mal, fiquei muito nervoso e preocupado"* (sic). Numa tentativa de diminuir a presença de distorções cognitivas em relação à doença, foram elaboradas hipóteses relativas ao pedido por parte da sua médica e em relação ao que poderia

³⁵ Anexo G2 – Relaxamento Muscular Progressivo

acontecer se, de facto, tivesse diabetes. Como trabalho de casa, foi pedido a B. que completasse o registo de pensamentos³⁶, no entanto não realizou a tarefa *“eu percebo o que a Dra. me diz nas consultas e o que me pede para fazer, mas chego a casa e acabo por não fazer nada (...) prefiro falar consigo e fazer as coisas aqui”* (sic).

Dada a dificuldade do paciente em completar as tarefas de casa, optou-se por uma intervenção direcionada para o contexto de consulta. Procurou-se realizar várias atividades que visassem a diminuição da preocupação apresentada por B., tendo sido elaboradas tabelas de preenchimento e completadas, posteriormente, durante a consulta. Ao longo de várias sessões foram abordados temas como: situações que o deixem mais preocupado e ansioso e quais os comportamentos associados³⁷, consequências desses comportamentos a curto e longo prazo³⁸, vantagens e desvantagens em ficar preocupado³⁹ e alternativas para reduzir a preocupação⁴⁰.

Estas atividades mostraram-se relevantes no processo psicoterapêutico do paciente, uma vez que, permitiram a identificação de certos comportamentos e sentimentos associados aos estados de ansiedade em relação à preocupação. Além disso, também foi possível identificar as vantagens e desvantagens em ficar preocupado, no qual o paciente referiu *“só tenho desvantagens em ficar preocupado (...) só me faz mal”* (sic). Durante o preenchimento desta atividade, o paciente foi referindo que estar preocupado *“muda-me completamente (...) fico mais aborrecido e agressivo (...) não me serve de nada ficar tão preocupado”* (sic).

B., mostrou algumas dificuldades no preenchimento da atividade - alternativas para reduzir a preocupação, *“não sei muito bem, quando estou preocupado não me apetece fazer nada”* (sic). Com a ajuda da psicóloga estagiária, procurou-se identificar atividades que lhe trouxessem prazer e que o ajudassem a sentir-se menos preocupado. O paciente sugeriu o relaxamento e a respiração diafragmática como uma boa alternativa *“deixam-me mais calmo porque não estou a pensar em mais nada”* (sic). Referiu também algumas atividades prazerosas, mas que não costuma fazer quando está muito preocupado, como as caminhadas, passear com a esposa, ler o jornal e ver televisão. Após

³⁶ Anexo G4 – Registo de pensamentos

³⁷ Anexo G5 – Situações e comportamentos associados

³⁸ Anexo G6 – Consequências a curto e a longo prazo

³⁹ Anexo G7 – Vantagens e desvantagens em ficar preocupado

⁴⁰ Anexo G8 – Alternativas para reduzir a preocupação

a identificação destas atividades, o paciente mostrou-se confiante e motivado perante a aplicação destas estratégias no futuro.

Durante o período das consultas, a sua esposa entrou em contacto com a orientadora de estágio, demonstrando preocupação em relação ao marido. Referiu que este foi diagnosticado há uns anos atrás com uma Perturbação bipolar, razão pela qual se reformou antecipadamente. Acrescentou ainda que, não tomava a medicação e que se recusava a procurar ajuda médica. Nas consultas, o paciente apresentou-se sempre orientado e emocionalmente estável. Segundo a esposa, B. sente-se envergonhado perante o diagnóstico, razão pela qual nega acompanhamento prévio na Psiquiatria. A partir da informação recolhida pela esposa do paciente, e mantendo o sigilo, procurou-se uma alternativa ética que visasse a melhoria do paciente. Foi então proposto, em contexto de consulta, a referenciação para o Serviço de Psiquiatria, alegando que seria apenas uma consulta de rotina. O paciente consentiu, tendo a consulta ficado marcada para meados de outubro de 2016.

A esposa do paciente, voltou a contactar a psicóloga estagiária, contando que, embora B. tenha vindo a melhorar, tem sido complicado acompanhar as suas alterações de humor, *“sinto que até eu estou a mudar, fico mais zangada com as pessoas e sei que é porque ele me deixa nervosa”* (sic), acrescentando que *“agora que ele está a ficar bem estou eu a ficar mal”* (sic). Mantendo mais uma vez o sigilo, a psicóloga estagiária procurou abordar o assunto na consulta seguinte. O paciente admitiu que quando está ansioso a sua esposa é o seu suporte, acabando por *“descarregar nela (...) não devia, porque ela não merece”* (sic). Dada a importância da estabilidade familiar no processo de intervenção, foi então proposta a marcação de uma consulta com o paciente e a sua esposa. Será relevante dizer que, esta sessão poderá também ser útil no descortinar do diagnóstico de perturbação bipolar. A consulta ficou marcada para dia 13 de outubro de 2016.

Reflexão do Caso B.

Na fase inicial das consultas, eram várias as problemáticas trazidas pelo paciente, sobretudo no que concerne à saúde. A sua preocupação e o medo de vir a ter uma doença grave, foi diminuindo ao longo das consultas, dando lugar a coisas boas, como o relacionamento com a família e a prática de atividades prazerosas. Nas últimas sessões, já conseguia ter um melhor controlo sobre a ansiedade, sentindo-se mais calmo e sereno, algo que se repercutiu no relacionamento interpessoal. Embora B. ainda mantenha uma posição de desconfiança em relação aos outros, tem apresentado mais facilidade ao nível da comunicação. Durante o processo de intervenção, manteve-se sempre colaborante e com motivação, verbalizando que queria mudar, mas que necessitava de ajuda.

Este caso foi desafiante, no sentido em que, em determinadas sessões houve a necessidade de uma abordagem diferente à planeada, dificultando o processo de intervenção. O facto de ocultar os seus antecedentes psiquiátricos também se tornou num desafio, havendo a impossibilidade de intervir nesta área enquanto B. não se sentir à vontade para partilhar essa informação.

B. irá continuar a ser acompanhado no Serviço de Psicologia, continuando a seguir os passos da proposta de intervenção. O próximo passo será a aplicação das estratégias aprendidas até agora numa situação que desperte sentimentos menos bons. A intervenção irá incidir-se, também, a nível da impulsividade e do relacionamento interpessoal.

Reflexão Final

Este relatório descreve todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. No entanto, permanece a necessidade de refletir sobre todas as aprendizagens e conhecimentos adquiridos.

A fase inicial do estágio curricular foi caracterizada, sobretudo, por medos e inseguranças. O facto de, não ter experiência prévia na prática clínica em si foi angustiante, no sentido em que, me levava a duvidar das minhas capacidades e de tudo o que tinha aprendido nos últimos quatro anos. A verdade é que, podemos até sentir-nos preparados, mas é no momento em que nos deparamos com a realidade profissional, que percebemos a nossa imaturidade e o quanto ainda precisamos de crescer.

O período de observação permitiu ver de perto a prática clínica e todo o seu procedimento, desde a recolha dos dados pessoais dos pacientes, passando pela avaliação psicológica e propostas diagnósticas, e por fim, o processo de intervenção, que engloba a preparação e estruturação das consultas seguintes. Foi possível, observar o que tinha sido aprendido a nível teórico, proporcionando também, o desenvolvimento de competências. Esta etapa foi crucial para o meu amadurecimento, uma vez que, enriqueceu o meu conhecimento e preparou para a prática clínica.

A fase de acompanhamento psicológico foi, sem dúvida, a mais enriquecedora, e ao mesmo tempo, a mais angustiante. O facto de ter que adequar todas as sessões de acordo com as problemáticas trazidas pelos pacientes e de haver a necessidade de adaptar o processo de intervenção proposto, mostrou-se como um impedimento inicial. A falta de experiência clínica foi aflitiva no sentido em que, dificultou a aplicação de técnicas e estratégias no próprio contexto. No entanto, todas estes obstáculos foram ultrapassados à medida que o tempo ia passando e que ia aprendendo, tornando-me mais confiante e motivada.

Todas as atividades em que participei, desde as reuniões comunitárias na CPSM aos grupos psicoeducativos, possibilitaram um maior conhecimento do funcionamento em equipa multidisciplinar e da importância de cada profissional na melhoria e bem-estar dos pacientes. Além disso, também permitiram a aprendizagem de novos conceitos, estratégias e intervenções, que se tornaram importantes no crescimento profissional.

No decorrer do estágio curricular, existiram muitas dúvidas e dificuldades que, contudo, se foram dissipando à medida que ia aplicando todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos quatro anos de formação. Tanto a orientadora, como a supervisora de estágio tiveram também um papel fundamental no meu desenvolvimento, mostrando-se sempre disponíveis e atentas em todo o percurso. Esta, foi sem dúvida, uma experiência gratificante que me possibilitou crescer enquanto futura profissional e ser humano.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa, Climepsi Editores, 4ª edição.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric out-patients. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 190–195.
- Beck, A., & Freeman, A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. *New York: Guilford Press*.
- Carole Smyth. (2012). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *New York*, *29*(6), 1–2.
- Centro Hospitalar de São João (2016). Site oficial acedido em janeiro de 2016, <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/2>.
- Centro Hospitalar de São João (2016). Site oficial acedido em janeiro de 2016, <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/261>.
- Centro Hospitalar de São João (2016). Porto Site oficial acedido em janeiro de 2016, <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/242>.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*, 189-198.
- Cunha, F., Cremasco, G., & Gradwohl, S. (2016). O papel do psicólogo hospitalar segundo os pacientes hospitalizado. *Sau. & Transf. Soc*, *λ*(2), 34–40.
- Decreto-lei nº22917 de 31 de julho. Diário do Governo, Série I - nº171 - 31 de julho de 1933. Ministério das Obras Públicas e Comunicações.
- Decreto-lei nº233/2005 de 29 de dezembro. Diário da República, Série I - nº249 - 29 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde.
- Decreto-lei nº30/2011 de 2 de março. Diário da República, Série I - nº43 - 2 de março de 2011- Ministério da saúde.

- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53–81.
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345–357.
- Graça, B. (2008). Índice Internacional da Função Erétil , Protagonista na Disfunção Erétil. *Acta Urológica*, 25, 45–47.
- Gros, D., Antony, M., Simms, L., & McCabe, R. (2007). Psychometric propoerties of the State-Trait inventory for cogntiive and somatic anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait anxiety inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4), 369–381.
- Hunsley, J., & Meyer, G. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15(4), 446–55.
- Inserção, P., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência E Profissão*, 24(3), 48–57.
- Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation: A psychological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychological and medical practice. Chicago: University of Chicago Press.
- Jurica, P., Leitten, C., & Mattis, S. (2011). *DRS-2, Escala de Avaliação da Demência*. (S. Cavaco & A. Teixeira-pinto, Eds.) (2ª ed.). CEGOC-TEA.
- Kenyon, F. (1976) - Hypochondriacal States. *Brit. J. Psychiat*, 129, 1-14.
- Leahy, R., Holland, S., & McGinn, L. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. (R. L. Leahy, Ed.) (2ª). The Guilford Press.
- Nasiri, H., Abedi, A., Ebrahimi, A., Ameli, S., & Samouei, R. (2013). Personality profile of women affected with borderline personality disorder. *Mat Soc Med*, 25(1), 60–63.
- Neacsiu, A., & Linehan, M. (2014). *Borderline Personality Disorder*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (5th ed., pp. 394–491). New York: The Guilford Press.

- O'Donohue, W., & Fisher, J. (2008). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Psychiatric Services (second ed., Vol. 56). John Wiley & Sons, Inc.
- Oldham, J., Gabbard, G., Goin, M., Gunderson, J, Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., & Phillips, K. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Association.
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia, 7*(1), 33–44.
- Ribeiro, J., & Luis P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*, 547–558.
- Salkovskis, P., Warwick, H., & Deale, A. (2003). Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3*, 353–367.
- Wahass, S. (2005). The Role of Psychologists in Health Care Delivery. *J Family Community Med, 12*(2):63-70.
- Wechsler, D. (2008). WAIS-III, Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - Terceira Edição (1ª ed.). Lisboa, Portugal: CEGOC-TEA.



Relatório de Estágio

Ivone Santos António

Parte II

Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde
e Neuropsicologia

Gandra, de 2016

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de estágio curricular

Anexo B – Avaliações

B1 – Instrumentos de Avaliação utilizados no SMFR

B2 – Instrumentos de Avaliação utilizados na CPSM

B3 – Relatórios de Avaliação Psicológica

Anexo C – Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos

C1 – Plano de sessões do Grupo dos Ansiosos

C2 – Apresentação *Ansiedade e Respiração Diafragmática*

C3 – Folheto informativo *Ansiedade e Respiração Diafragmática*

C4 – Apresentação *Atenção Plena - Mindfulness*

C5 – Apresentação *Mindfulness – Plano de oito semanas*

C6 – Documento informativo *Mindfulness – Plano de oito semanas*

C7 – Apresentação *Relacionamento Interpessoal*

C8 – Folheto informativo *Relacionamento Interpessoal*

C9 – Apresentação *Sexualidade na Mulher*

C10 – Apresentação *Treino de Resolução de Problemas*

Anexo D – Grupo Psicoeducativo dos Cardíacos

D1 – Apresentação *A Importância da Medicação*

D2 – Apresentação *A Solidão*

Anexo E – Atividades realizadas durante o Estágio Curricular

E1 – Apresentação *Burnout em Profissionais de Saúde*

E2 – Apresentação *Síndrome de Burnout nos Médicos*

E3 – Apresentação *Dispareunia*

E4 – Apresentação *Implicações Psicológicas na Incontinência Urinária*

E5 – Folheto informativo *Comunicação de más notícias a crianças*

E6 – Apresentação *O sono na gravidez*

E7 – Documento informativo sobre Psicodrama

Anexo F – Caso Clínico A.

F1 – Relatório de Exame Psicológico de A.

F2 – Resultados de A. no MMPI-2

F3 – Resultados de A. no BSI

F4 – Resultados de A. nos subtestes da WAIS-III

F5 – Resultados de A. no TMT A e B

F6 – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Stress Pós-Traumático, segundo o DSM-5

F7 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Bipolar I e II, segundo o DSM-5

F8 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Estado-Limite da Personalidade, segundo DSM-5

F9 – Critérios de diagnóstico para Intoxicação pela Álcool, segundo o DSM-5

F10 – *Curriculum Vitae*

Anexo G – Caso Clínico B.

G1 – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Ansiedade de Doença, segundo o DSM-5

G2 – Relaxamento Muscular Progressivo

G3 – Registo de pensamentos

G4 – Situações e comportamentos associados

G5 – Consequências a curto e a longo prazo

G6 – Vantagens e desvantagens em ficar preocupado

G7 – Alternativas para reduzir a preocupação

ANEXO A

Plano de estágio curricular

Atividades Desenvolvidas

<i>Outubro 2015</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação local de estágio e das respetivas áreas de atuação✓ Início da observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM✓ Reuniões de supervisão de estágio
<i>Novembro 2015</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM✓ Reuniões de supervisão de estágio
<i>Dezembro 2015</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM✓ Reuniões de supervisão de estágio✓ Início da observação da aplicação de testes psicológicos no SMFR e na CPSM
<i>Janeiro 2016</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM✓ Reuniões de supervisão de estágio✓ Início do Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos✓ Início da realização de avaliações psicológicas
<i>Fevereiro 2016</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM✓ Reuniões de supervisão de estágio✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos✓ Realização de avaliações psicológicas

Março 2016

- ✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Cardíacos
- ✓ Início da realização de primeiras consultas de forma autónoma
- ✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio
- ✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM
- ✓ Reuniões de supervisão de estágio
- ✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos
- ✓ Realização de avaliações psicológicas
- ✓ Realização de primeiras consultas
- ✓ Acompanhamento psicoterapêutico

Abril 2016

- ✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio
- ✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM
- ✓ Reuniões de supervisão de estágio
- ✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos
- ✓ Realização de avaliações psicológicas
- ✓ Realização de primeiras consultas
- ✓ Acompanhamento psicoterapêutico

Maió 2016

- ✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio
- ✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM
- ✓ Reuniões de supervisão de estágio
- ✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos
- ✓ Realização de avaliações psicológicas
- ✓ Realização de primeiras consultas
- ✓ Acompanhamento psicoterapêutico

Junho 2016

- ✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio
- ✓ Participação nas reuniões do Serviço comunitário e nas Reuniões científicas da CPSM
- ✓ Reuniões de supervisão de estágio
- ✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos

Julho 2016

- ✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Cardíacos
- ✓ Realização de avaliações psicológicas
- ✓ Realização de primeiras consultas
- ✓ Acompanhamento psicoterapêutico
- ✓ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio
- ✓ Reuniões de supervisão de estágio
- ✓ Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos
- ✓ Realização de avaliações psicológicas
- ✓ Acompanhamento psicoterapêutico

ANEXO B1

Instrumentos de Avaliação utilizados no SMFR

➤ **Índice Internacional de Função Erétil**

É um questionário utilizado para avaliar a função sexual masculina. Apresenta cinco domínios: Função Erétil, Função Orgásmica, Desejo Sexual, Satisfação no Coito e Satisfação Global. A partir da pontuação obtida em cada domínio é possível classificar a gravidade da Disfunção Erétil (DE): Sem DE, DE ligeira, DE ligeira a moderada, DE moderada e DE grave. (Graça, 2008).

➤ **Índice de Funcionamento Sexual Feminino**

Permite avaliar o funcionamento sexual feminino, a partir de seis dimensões que correspondem a diferentes fases do funcionamento sexual: Desejo, Excitação Subjetiva, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor. Estas são relevantes, uma vez que, correspondem aos critérios de diagnóstico de disfunções sexuais. As pontuações variam entre 2 a 36, sendo que, pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de funcionamento sexual. (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009).

➤ **HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)**

É um instrumento utilizado para avaliar estados de depressão, ansiedade e *stress* emocional, em doentes hospitalares. É dividida em duas subescalas: Ansiedade e Depressão. A pontuação máxima para cada subescala é de 21 pontos e a interpretação dos resultados varia entre: Normal, Leve, Moderada e Severa.

➤ **BDI-II (The Beck Depression Inventory II)**

Tem como objetivo avaliar a severidade da sintomatologia depressiva. É constituído por 21 itens distribuídos por 21 manifestações de depressão: Tristeza, Pessimismo, Fracassos Passados, Perda de Prazer, Sentimentos de Culpa, Sentimentos de Punição, Auto Depreciação, Auto Criticismo, Pensamentos ou Desejos Suicidas, Choro, Agitação, Perda de Interesse, Indecisão, Sentimentos de Inutilidade, Perda de Energia, Alterações no Padrão de Sono, Irritabilidade, Alterações no Apetite, Dificuldades de concentração, Cansaço ou Fadiga e Perda de Interesse Sexual. Em cada item são apresentadas várias afirmações, ordenadas segundo a gravidade do

sintoma. A interpretação dos resultados varia entre: Sem Depressão, Depressão Leve, Depressão Moderada e Depressão Grave.

➤ **ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social)**

Este instrumento tem como objetivo avaliar a percepção do suporte social, estando esta associada ao bem estar e à qualidade de vida (Ribeiro, 1999). É constituída por 15 itens são compostos por uma escala Likert de cinco pontos, que varia entre “Concordo totalmente” a “Discordo totalmente”. Apresenta quatro dimensões: Satisfação Com os Amigos, Intimidade, Satisfação Com a Família e Atividades Sociais. O somatório das dimensões irá determinar a satisfação social, que pode ser classificada como: Alto Suporte Social, Medio Suporte Social e Baixo Suporte Social.

➤ **STAI (Inventário de Estado Ansioso e Ansiedade Base de Spielberg)**

É utilizado como instrumento de medição da ansiedade. Este teste está dividido em duas categorias, com 20 itens cada. A Forma X-1 permite avaliar a ansiedade-estado, ou seja, como o indivíduo se sente “agora, neste momento”. Já a Forma X-2 avalia a ansiedade-traço, ou seja, como a pessoa geralmente se sente (Gros, Antony, Simms, & McCabe, 2007). Os itens são apresentados a partir de uma Escala Likert de quatro pontos, variando entre “quase nunca” a “quase sempre”. Pontuações superiores indicam maiores níveis de ansiedade.

➤ **Pittsburgh Sleep Quality Index**

Tem como objetivo medir a qualidade e padrões de sono no adulto, durante o último mês. Apresenta sete domínios: qualidade de sono subjetiva, latência do sono, duração do sono, eficácia do sono habitual, perturbações do sono, uso de medicação para dormir e dificuldade em manter-se acordado durante o dia. A pontuação é obtida a partir de uma Escala Likert, que varia entre 0 a 3 pontos. Uma soma global igual ou superior a 5 indica uma má qualidade do sono. (Carole Smyth, 2012).

➤ **MOCA (Montreal Cognitive Assessment)**

Este instrumento é utilizado para rastreio breve de disfunção cognitiva e avalia diferentes domínios cognitivos (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010). Sendo eles: funcionamento executivo, capacidade visuo-espacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação temporal e espacial. É um teste de fácil administração, com uma duração de aproximadamente 10 a 15 minutos e uma pontuação máxima de 30 pontos.

ANEXO B2

Instrumentos de Avaliação utilizados na CPSM

➤ **MMPI-2 (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2)**

Este instrumento de avaliação permite obter uma visão geral da personalidade do indivíduo. Apresenta um total de 567 itens, que podem ser considerados como verdadeiros ou falsos. É composto por três tipos de escalas: escalas de validade, escalas clínicas e escalas de conteúdo. As primeiras permitem verificar a veracidade dos resultados obtidos, ou seja, se o indivíduo falsificou ou não os resultados. As escalas clínicas permitem verificar o índice psicopatológico e são constituídas por: Hipocondria, Depressão, Histeria, Desvio psicopático, Masculinidade/Feminilidade, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania. As escalas de conteúdo permitem fornecer informação adicional relativa ao diagnóstico.

Os resultados brutos são transformados em Notas T, no qual a média é 50. Notas T inferiores a 30 e superiores a 70 podem ser indicadoras de um perfil psicopatológico.

➤ **BSI (Brief Symptom Inventory)**

Tem como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica de forma geral. Tem um total de 53 itens e apresenta nove dimensões: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo.

➤ **TMT (Trail Making Test)**

É composto por dois subtestes. A parte A permite avaliar a atenção, *screening* visual e processamento de informação. Já a Parte B, avalia a memória de trabalho e funções executivas (Fernandes, Teixeira-pinto, Almeida, & Gomes, 2013). Os resultados são obtidos a partir da cronometragem das provas. Para que se seja considerado a presença de perfil psicopatológico, os resultados devem ser superiores a 59 segundos na Parte A e superiores a 145 segundos na Parte B.

➤ **STROOP (Teste de Cores e Palavras)**

Este teste é utilizado para avaliar a flexibilidade mental, habilidade de inibição e resistência e interferência em relação a estímulos externos. Está dividido em três partes: a primeira é constituída por três nomes de cores (azul, vermelho e verde), a

segunda é apresentada pelas três cores com a letra X (XXXX), terceira e última tarefa contém nomes de cores escritos numa cor diferente (Golden, 2001)

➤ **WAIS-III (Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III)**

É um instrumento de avaliação da inteligência, permitindo obter informação sobre os pontos fortes e os pontos fracos do funcionamento intelectual do indivíduo (Wechsler, 2008). É composto por duas subescalas, cada uma composta por sete subtestes. A subescala Verbal é constituída por: Vocabulário, Semelhanças, Aritmética, Memória de Dígitos, Informação, Compreensão e Sequência de Letras e Números (opcional). A subescala Realização é constituída por: Completamento de Gravuras, Código, Cubos, Matrizes, Disposição de Gravuras, Pesquisa de Símbolos (opcional) e Composição de Objetos (opcional). A partir dos resultados obtidos, são fornecidos quatro índices fatoriais (Compreensão Verbal, Organização Perceptiva, Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento) e três medidas compostas (QI Verbal, QI de Realização e QI Escala Completa).

➤ **DRS-2 (Escala de Avaliação da Demência – 2)**

Permite avaliar, de forma global, a capacidade cognitiva do adulto com alterações neurológicas de tipo degenerativo. É uma medida útil na deteção precoce e na evolução de demência (Jurica, Leitten, & Mattis, 2011). É composta por cinco subescalas: Atenção, Iniciação/perseveração, Construção, Conceptualização e Memória. Os resultados obtidos em cada escala são transformados em percentis, sendo que, quanto menor o percentil, maior o défice cognitivo.

ANEXO B3

Relatórios de Avaliação Psicológica

RELATÓRIO DE EXAME PSICOLÓGICO

Nome: MLA

Idade: 52 anos

Escolaridade: 4ª classe

Pedido formulado: Avaliação QI/ Avaliação Demencial

Para a avaliação do QI foi utilizado a “Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-Revista (WAIS-R)”.

A partir dos resultados obtidos, verifica-se que a paciente apresenta uma capacidade intelectual muito inferior à média populacional (Q.I.<69), sendo que a área Verbal apresenta um Q.I. superior às restantes (Q.I.V.= 60). Relativamente à área de Realização, o seu Q.I.R. é de 54 e na escala completa apresenta um Q.I.E.C. de 55. Nos índices Compreensão Verbal, Organização perceptiva e Memória de Trabalho os resultados são semelhantes (I.C.V.= 59, I.O.P.= 54, I.M.T.= 59), contudo não foi possível calcular o Índice para a velocidade de processamento, sendo o resultado inferior a 51. Os resultados brutos são baixos em todos os subtestes, salientando-se “Semelhanças”, no qual obteve como resultado bruto a pontuação 0.

Relativamente à Avaliação Demencial, procedeu-se à utilização da “Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2)”.

Os resultados obtidos revelaram uma pontuação baixa em todas as áreas (Atenção, Iniciação e Perseveração, Conceptualização e Memória) exceto na Construção, estando dentro da média. Apresenta assim, como resultado final, Défice Significativo.

Conclusões:

Ao longo da Avaliação, a paciente demonstrou-se colaborante, contudo apresentou numerosas dificuldades ao nível da compreensão das tarefas que lhe eram propostas, mesmo com ajuda por parte do examinador.

Apresenta dificuldades em orientar-se no tempo, uma vez que, em ambas as provas afirma encontrar-se no ano 2014, contudo parece estar orientada a nível espacial.

Também se pôde verificar que, mesmo após a compreensão integral de algumas tarefas, o tempo de execução era demasiado longo, **confirmando assim, défice ao nível da velocidade de processamento.**

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga Estagiária

Relatório de exame psicológico

Nome: EA

Idade: 71 anos

Escolaridade: Licenciatura

Pedido formulado: Avaliação Neurocognitiva

O funcionamento cognitivo geral foi avaliado a partir do "Montreal Cognitive Assessment (MOCA)", apresentando **défice cognitivo moderado** (19/30).

Para avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes da "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III)": "Código" e "Pesquisa de símbolos". A paciente obteve 108 pontos nas duas provas, indicando assim, uma **velocidade de processamento dentro da média** que (varia entre 90 e 109).

A "Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2)", permite avaliar a capacidade cognitiva do adulto. Verifica-se que a paciente possui **défice ligeiro** nas áreas das conceptualização e memória. Nas restantes áreas apresenta um resultado **dentro da média**, sendo elas, a atenção, perseveração e construção. Relativamente à pontuação total obtida neste instrumento, a paciente obteve 132 pontos, que se traduz como **défice ligeiro**.

Observações:

Durante a avaliação a paciente mostrou-se participativa e colaborante.

Apesar de apresentar alguma dificuldade na compreensão de algumas provas propostas, assim que estas foram explicadas novamente, foi capaz de responder.

Observou-se alguma lentificação durante a realização de algumas tarefas da "Escala de avaliação da Demência", sobretudo nas construtivas e de perseveração, mas às quais conseguiu responder corretamente.

Conclusões:

De forma geral, a paciente apresenta resultados inferiores nas tarefas relacionadas com a capacidade de memorização, assim como lentificação cognitiva. Verifica-se assim, **défice cognitivo ligeiro**.

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga Estagiária

RELATÓRIO DE EXAME PSICOLÓGICO

Nome: DM

Idade: 58 anos

Escolaridade: 4º ano

Pedido formulado: Avaliação Neurocognitiva

Para a Avaliação Neurocognitiva da paciente foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: "Código" e "Pesquisa de símbolos" da "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III)", Montreal Cognitive Assessment (MOCA)", "Teste de cores de palavras (STROOP)", "Teste Breve de Avaliação Frontal" e "Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2)".

A avaliação da velocidade de processamento, obteve-se a partir de dois subtestes da "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III)": "Código" e "Pesquisa de símbolos". A paciente teve como resultado, uma **velocidade de processamento muito inferior à média** (I.V.P.= 69), comparativamente com a população geral (no qual a média varia entre 90 e 109).

O funcionamento cognitivo de forma geral, foi avaliado a partir do "Montreal Cognitive Assessment (MOCA)". Apresenta uma pontuação total de 12 em 30, que se traduz como **défice cognitivo moderado** (normal ≥ 26), com maior dificuldade nas tarefas de funcionamento executivo, atenção, abstração e memória.

O "Teste de Cores e Palavras (STROOP)", tem como objetivo avaliar a fluência verbal, atenção seletiva e flexibilidade cognitiva, no que concerne à capacidade de inibição de respostas automáticas. Este teste apresenta três partes: "Palavra (P)", "cor(C)" e "Cor-palavra(INT)" (avaliação da capacidade de interferência). A partir dos resultados obtidos, verifica-se que a paciente apresenta valores abaixo da média (M=50) em todas as condições (P=30; C=28; INT=46), demonstrando um **défice no funcionamento cognitivo**.

A "Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2)", permite avaliar a capacidade cognitiva do adulto. A partir dos resultados obtidos, verifica-se que a paciente apresenta **défice ligeiro** na atenção, conceptualização e memória. Na área da Iniciação/perseveração, apresenta **défice moderado**. Relativamente à pontuação total

obtida neste instrumento, a paciente obteve 111 pontos (percentil 1), que se traduz como **défice significativo**.

Conclusões:

Durante o processo de avaliação, a paciente participativa e colaborante.

Demonstrou alguma dificuldade na compreensão de algumas tarefas, mesmo quando explicadas novamente. Verificou-se maior dificuldade realização das tarefas de conceptualização.

Apresenta uma **lentificação significativa** na realização das provas, com destaque na **velocidade de processamento** e nas **tarefas de construção**. Com **défice cognitivo significativo**.

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga Estagiária

RELATÓRIO DE EXAME PSICOLÓGICO

Nome: JT

Idade: 56 anos

Escolaridade: 11º ano

Pedido formulado: Avaliação neurocognitiva

Para a Avaliação neurocognitiva do paciente foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: "Código" e "Pesquisa de símbolos" da "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III)", Montreal Cognitive Assessment (MOCA)", "Trail Making Test (TMT)", "Teste de cores de palavras (STROOP)", "Teste Breve de Avaliação Frontal", "Informação e Orientação" e "Localização Espacial", "Escala de Memória de Wechsler (WMS-III)" e "Brief Symptom Inventory (BSI)".

Para a avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes da "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III)": "Código" e "Pesquisa de símbolos". A partir dos resultados obtidos, verifica-se que o paciente apresenta uma **velocidade de processamento dentro da média** (I.V.P.= 106), comparativamente com a população geral (que varia entre 90 e 109).

Relativamente ao "Montreal Cognitive Assessment (MOCA)", que permite avaliar o funcionamento cognitivo de forma geral, o paciente obteve uma pontuação total de 24 em 30, que se traduz como **défice cognitivo ligeiro** (normal ≥ 26), verificando-se maiores dificuldades na capacidade de abstração.

O "Trail Making Test (TMT)", tem como objetivo avaliar a atenção, velocidade de processamento e flexibilidade mental, e está dividido em parte A e parte B. O paciente demorou cerca de 42 segundos a completar a prova na parte A e 122 segundos na parte B. Verifica-se assim, que os seus resultados correspondem à normalidade, uma vez que, para serem considerados patológicos, na parte A o resultado deveria ser superior a 59, e na parte B superior a 145. Conclui-se então, que o paciente **não se enquadra no perfil psicopatológico**.

Também foi utilizado o “Teste de Cores e Palavras (STROOP)”, com o objetivo de avaliar a fluência verbal, atenção seletiva e flexibilidade cognitiva, no que concerne à capacidade de inibição de respostas automáticas. Este teste apresenta três partes: “Palavra (P)”, “cor(C)” e “Cor-palavra(INT)” (avaliação da capacidade de interferência). A partir dos resultados obtidos, verifica-se que o paciente apresenta valores acima da média (M=50) em todas as condições (P=50; C=62; INT=70), demonstrando um **funcionamento cognitivo dentro da média**.

O “Teste Breve de Avaliação Frontal” que procura avaliar, de forma geral, as capacidades cognitivas do sujeito, também foi aplicado. Num total de 18 pontos, o paciente obteve 17 pontos, indicando uma **boa performance cognitiva**.

Para avaliação da capacidade de orientação e memória de trabalho, foi utilizado a “Escala de Memória de Wechler (WMS-III)”, a partir de dois subtestes: “Informação e Orientação” e “Localização Espacial”. No primeiro subteste, o paciente obteve a pontuação máxima, demonstrando-se **orientado**. Em relação ao segundo subteste, o paciente apresenta resultados dentro da média.

Relativamente à avaliação de sintomas psicopatológicos, utilizou-se o “Brief Symptom Inventory (BSI)”. Verifica-se que, apresenta resultados superiores à população em geral na somatização (**1.00**), com uma média geral de **0.57**; nos traços obsessivo-compulsivos (**2.00**), com média geral de **1.29**; na ideação paranoide (**1.80**), com média geral de **1.06**; e psicoticismo (**1.80**), com média geral de **0.67**.

Conclusões:

De acordo com os resultados obtidos nos testes acima descritos, pode-se verificar que o paciente não apresenta alterações neurocognitivas, uma vez que os resultados nos testes neuropsicológicos estão dentro da média.

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga Estagiária

RELATÓRIO DE EXAME PSICOLÓGICO

Nome: MUA

Escolaridade: 12º ano

Pedido formulado: Avaliação da personalidade

Para avaliação da personalidade foi utilizado o “Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2)”.

Em termos de validade, verifica-se que a paciente apresenta valores dentro da média, sem tentativa de falsificação dos resultados.

Relativamente às escalas clínicas, apresenta a escala de Hipocondria elevada (2 DP acima da média), que se pode traduzir como reação exagerada a qualquer problema real. A escala Histeria também está elevada (2 DP acima da média), o que significa que poderá apresentar uma forte imaturidade afetiva. A escala Masculinidade/feminilidade encontra-se a 1 desvio padrão abaixo da média, muitas vezes associado a casos de Histeria.

De acordo com as escalas clínicas mais elevadas (Histeria e Hipocondria), apresenta um perfil que pode ser compatível com Neurose Somática (“afeção somática de origem psíquica”).

A forma como os resultados das diferentes escalas do MMPI-2 estão apresentadas no gráfico, são compatíveis com uma Perturbação da Personalidade.

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga estagiária

RELATÓRIO DE EXAME PSICOLÓGICO

Nome: MMM

Idade: 43 anos

Escolaridade: 9ºano

Pedido formulado: Avaliação da personalidade

Para avaliação da personalidade foi utilizado o "Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2)".

Relativamente à validade desta avaliação, verifica-se que a paciente apresenta, na escala F, uma nota T de 79 (2 DP acima da média), indicando que poderá estar a falsificar os resultados deliberadamente.

Verifica-se ainda que existe uma diferença fortemente significativa e positiva, no qual o F é superior ao K ($F=79 / K=52$). O que indica que a paciente **falsificou os resultados no sentido desfavorável** (exagero na apresentação dos sintomas).

Esta hipótese é confirmada pela elevação de notas T em diferentes escalas (superiores à escala F), apontando para a existência de **falsificação patológica**.

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga Estagiária

RELATÓRIO DE EXAME PSICOLÓGICO

Nome: PM

Idade: 43 anos

Escolaridade: 10ºano

Pedido formulado: Avaliação da personalidade

Para avaliação da personalidade foi utilizado o "Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2)".

Em termos de validade, os resultados de K (11) são inferiores aos de F (16), em termos de resultados brutos, o que indica que não apresenta falsificação de resultados.

Relativamente às escalas clínicas, apresenta a escala da Hipocondria elevada (2 DP acima da média), que pode significar uma reação exagerada a qualquer problema real. A escala da Paranoia apresenta-se também elevada (2 DP acima da média), estando geralmente associada a uma predisposição paranoide, desconfiança e excessiva sensibilidade. A escala da Psicastenia tem uma nota T=78 (2 DP acima da média), que se pode traduzir como medo extremo, ansiedade, alterações do pensamento, ruminções e rituais rígidos.

A escala da Esquizofrenia é a mais elevada de todas (nota T=86), que pode ser interpretada como Perturbação Esquizofrénica. A elevação desta escala pode estar associada a um contacto perturbado com a realidade. Neste caso, a pessoa pode ser descrita como desconfiada, baixa autoestima, dificuldade em estabelecer vínculos afetivos, alucinações, confusão mental e problemas de memória e concentração.

A paciente apresenta resultados que vão ao encontro de um Perfil Psicótico, com elevação das três escalas da tríade psicótica (Paranoia, Psicastenia e Esquizofrenia).

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga Estagiária

ANEXO C1

Plano de sessões do Grupo dos Ansiosos

DATA	TEMA	APRESENTADA POR	PARTICIPAÇÃO
6 de janeiro de 2016	Apresentação	Dra. Vânia Rocha	Todas
13 de janeiro de 2016	Auto e Hétero conhecimento	Jéssica	Ivone e Jéssica
20 de janeiro de 2016	Ansiedade e Respiração diafragmática	Ivone	Ivone e Jéssica
27 de janeiro de 2016	Relaxamento Muscular	Jéssica	Ivone e Jéssica
3 de fevereiro de 2016	Relaxamento Imagético	Dra. JDulce Sousa	Muriela e Jéssica
17 de fevereiro de 2016	Higiene do Sono	Muriela	Muriela e Jéssica
24 de fevereiro de 2016	Assertividade	Jéssica	Muriela e Jéssica
2 de março de 2016	Relacionamento Interpessoal	Ivone	Ivone e Jéssica
9 de março de 2016	Autoestima	Jéssica	Ivone e Jéssica
16 de março de 2016	Autoestima	Jéssica	Muriela e Jéssica
30 de março de 2016	Treino de Resolução de Problemas	Ivone	Ivone e Jéssica
6 de abril de 2016	Empatia	Jéssica	Ivone e Jéssica
13 de abril de 2016	Equilíbrio Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Muriela e Jéssica
20 de abril de 2016	Cognições	Jéssica	Muriela e Jéssica
27 de abril de 2016	Memória	Jéssica	Ivone e Jéssica
4 de maio de 2016	Emoções	Jéssica	Muriela e Jéssica
11 de maio de 2016	Saber Dizer Não	Muriela	Muriela e Jéssica
18 de maio de 2016	Sexualidade	Ivone	Ivone e Jéssica
25 de maio de 2016	Como lidar com o <i>stress</i>	Muriela	Muriela e Jéssica

1 de junho de 2016	Fotografias	Jéssica	Ivone e Jéssica
8 de junho de 2016	Atenção Plena – <i>Mindfulness</i>	Ivone	Ivone e Jéssica
15 de junho de 2016	Revisão do progresso	Jéssica	Muriela e Jéssica
22 de junho de 2016	<i>Mindfulness</i> – Plano de 8 semanas	Ivone	Ivone e Jéssica
6 de julho de 2016	Finalização	Todas	Todas

ANEXO C2

Apresentação Ansiedade e Respiração Diafragmática

Ansiedade e Respiração Diafragmática

Sessão 3
20 janeiro de 2016

- O homem está preparado para se defender de condições adversas, no qual o cérebro apresenta um papel fundamental na nossa resposta emocional e que varia consoante a situação que estamos a enfrentar.
- Assim, quando nos sentimos ameaçados o cérebro responde, de forma a que o nosso organismo esteja preparado para a luta ou fuga, havendo uma série de alterações corporais que o preparam para ação.

A ansiedade desempenha um papel fundamental na proteção do organismo contra o perigo:

Preparação para a ação

Estado de alerta

- No processo de luta e fuga, e numa forma de nos defender, o nosso cérebro envia informação para o Sistema Nervoso Autónomo, que é constituído pelo Sistema Nervoso Simpático e Sistema Nervoso Parassimpático.



- O medo é considerado uma resposta emocional a uma ameaça, podendo ou não ser real.
- Já a ansiedade é comumente associada à antecipação de uma ameaça futura.

Vigilância

Comportamento de evitamento

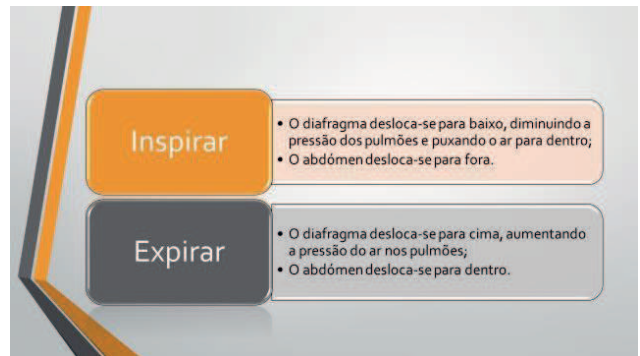
Preparação para o perigo

- A ansiedade difere-se do medo, na medida em que, se torna excessiva ou persistente durante um longo período de tempo.
- Desta forma, pode-se dizer que a ansiedade é caracterizada por um medo persistente, presente em vários aspetos da vida do indivíduo, tal como no trabalho, no qual existe uma dificuldade significativa no funcionamento diário, havendo uma preocupação excessiva perante diversos acontecimentos na vida do indivíduo.



RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

- O diafragma é um músculo que separa a cavidade torácica da cavidade abdominal, contudo a maioria das pessoas utiliza apenas a respiração torácica, não obtendo uma respiração tão profunda.
- Esta respiração permite que os pulmões recebam muito mais oxigénio.
- O aumento do oxigénio leva a que haja um melhor relaxamento, diminuindo assim a ansiedade.



- À medida que se envelhece, há uma tendência para respirar mais superficialmente, aumentando a tensão muscular e o stress, uma vez que esta respiração fornece menos oxigénio para o corpo.

- O relaxamento permite que a pessoa reduza a tensão muscular que acompanha a ansiedade e mantêm-na focalizada na respiração, redirecionando a atenção e consecutivamente, reduzindo o stress.
- Ao estar mais relaxada, a pessoa consegue pensar mais claramente e funcionar melhor.

1. Sente-se numa posição confortável e relaxada;
2. Inspire pelo nariz, durante 4 segundos;
3. Sustenha a respiração durante 4 segundos;
4. Expire pela boca, durante 4 segundos;
5. Repita o processo, aumentando o tempo de expiração para:
 - 6 segundos
 - 8 segundos
 - 10 segundos

6. Dobre os braços e coloque os polegares sob o sítio onde acaba a caixa torácica;
7. Sinta o movimento da barriga (para fora quando inspira e para dentro quando inspira);
8. Tente inspirar pelo nariz, usando o músculo abdominal, durante 4 segundos;
9. Sustenha a respiração durante 4 segundos;
10. Expire pela boca durante 4 segundos.

ANEXO C3

Folheto informativo Ansiedade e Respiração Diafragmática

Exercício de Relaxamento

Este é um exercício que deve ser feito diariamente, praticando entre 5 a 10 minutos por dia, ou sempre que se sentir mais ansiosa.

- > Sente-se numa posição relaxada e confortável;
- > Inspire pelo nariz, deslocando a barriga para fora, durante 4 segundos;
- > Sustenha a respiração durante 4 segundos;
- > Expire pela boca, deslocando a barriga para dentro, durante 4 segundos;
- > Repita várias vezes o processo, tentando aumentar gradualmente o tempo de expiração:
 - 6 segundos;
 - 8 segundos;
 - 10 segundos;
 - 12 segundos;
 - 16 segundos.

Ansiedade e Relaxamento diafragmático





*"Toda a dor deriva do medo,
de mal-entendidos, de temer e
ser temido".*

Dr. Brian Weiss

O que é a ansiedade?

Todos nós já sentimos, em alguns momentos da nossa vida, ansiedade.

O medo, tensão, e até mesmo a agitação, provoca a ativação de certas zonas no nosso cérebro levando a muitas outras alterações corporais e preparando-nos para a defesa de situações adversas.

Essas alterações corporais são:

- ▶ Aumento do Ritmo Cardíaco
- ▶ Aumento da Tensão Muscular
- ▶ Aumento da Frequência Respiratória
- ▶ Paragem Digestiva
- ▶ Sudação da pele

Contudo, ansiedade poderá deixar de ser momentânea e começar a fazer parte do dia a dia da pessoa.

O medo e preocupação persistentes, inquietação e a antecipação de possíveis ameaças futuras, associados a acontecimentos de vida complicados e conflitos afetivos e/ou emocionais, relacionados, levam a que esta sintomatologia se mantenha durante um longo período de tempo.

A ansiedade é caracterizada por:

- ▶ Inquietação
- ▶ Fadiga
- ▶ Baixa capacidade de concentração
- ▶ Irritação
- ▶ Alterações no sono
- ▶ Tensão muscular
- ▶ Esquecimento
- ▶ Sentir-se "bloqueado"

Respiração Diafragmática

A respiração diafragmática permite que os pulmões recebam mais oxigénio e que este seja enviado para o resto do corpo.

Conseguindo mais oxigénio no nosso organismo, haverá um maior relaxamento, diminuindo assim a ansiedade.

Ao estarmos concentrados na nossa respiração, estaremos redirecionar a atenção, focalizando-nos no "aqui e agora".

Ao **inspirar** é importante que o ar entre pelo nariz, deslocando a barriga para fora.

Ao **expirar** o ar deverá sair pela boca, deslocando a barriga para dentro.



ANEXO C4

Apresentação Atenção Plena – *Mindfulness*

ATENÇÃO PLENA

Mindfulness

Mindfulness

"Ver as coisas como elas realmente são."

- Promover a capacidade de atenção:
 - Equilibrada
 - Completa
- Implica a observação direta de todas as situações, de forma a que sejamos capazes de as perceber tal como são na realidade.

Mindfulness




É um estado de consciência que nos permite estar atentos ao presente, sem pensar no passado ou futuro, que se traduz numa clareza e nitidez de pensamentos e emoções.

Mindfulness

- Permite que a pessoa aprenda a lidar com os seus sentimentos e sensações corporais, aceitando-os e recebendo-os de uma forma gentil e compassiva.
- Cada pensamento, sentimento ou sensação que surgem são reconhecidos e aceites tal como são, sem crítica ou julgamento.

Mindfulness

- Em muitos momentos do nosso dia a dia funcionamos automaticamente.
- Com esta técnica, procura-se que a pessoa seja capaz de se "desligar" destes padrões de comportamento automático, proporcionando o bem estar.



- O aumento do bem estar, está associado à mudança do foco de atenção para o momento presente, inibindo pensamentos ruminativos.
- Assim, o Mindfulness, permite a descentração de pensamentos negativos, permitindo que a pessoa se foque na experiência atual.

Bem estar

- Para conseguir alcançar o bem estar são necessárias quatro atitudes positivas:
 - Amabilidade
 - Compaixão
 - Alegria
 - Equanimidade

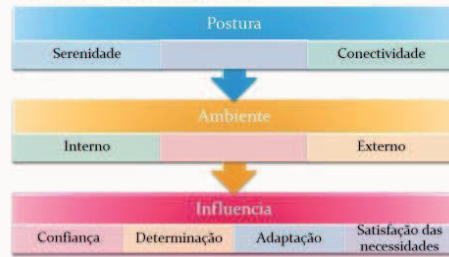
- Estas quatro qualidades permitem que nos adaptemos, uma vez que, nos ajudam a tolerar emoções negativas e a cultivar qualidades, tais como:
 - Alegria
 - Aceitação
 - Amabilidade
- Ao adquirir uma postura de compaixão em relação a si mesmo, será mais fácil a mudança de pensamentos negativos.

No mindfulness, estas quatro atitudes são muito importantes, uma vez que, se baseia numa postura de :

- Curiosidade
- Amabilidade
- Aceitação da experiência atual



O Mindfulness tem um impacto positivo no bem estar da pessoa



Contributo do Mindfulness

- Aumento da capacidade da pessoa para gerir as suas emoções e sentimentos negativos
- Diminuição acentuada da ruminação de pensamentos negativos e auto centrados relativamente ao passado e futuro

Alguns dos objectivos desta técnica, são alcançar um equilíbrio entre o meio interno e externo. Para tal, devemos prestar atenção:

- Respiração;
- Sensações corporais;
- Pensamentos e emoções;
- Sentidos.



Técnicas para praticar a Atenção Plena



Respirar durante um minuto

Deve tentar focalizar a sua atenção exclusivamente na respiração, durante um minuto, deixando de lado todos os outros pensamentos:

- Inspirar durante 4 segundos;
- Segurar durante 4 segundos;
- Expirar durante (pelo menos) 6 segundos.

Observação plena

Deve escolher um organismo natural (pode ser um inseto ou uma flor, por exemplo) que se encontre dentro do seu campo de visão e observa-lo durante um minuto.

Ligar os pontos

Deve pensar em algo que acontece todos os dias mais que uma vez, como por exemplo, abrir uma porta.

Ao tocar na maçaneta da porta deve estar pleno de onde se encontra, como se sente e do que está a fazer naquele momento.

A escolha não precisa de ser algo físico, basta ser algo que a pessoa pensa ou sente, um cheiro ou uma comida.

Ouvir atentamente

Tal como na observação plena, mas desta vez deve escolher uma música que goste. Não deve pensar nela, apenas ouvi-la.

Manter atenção numa rotina regular

Deve escolher uma rotina na qual não tenha que pensar demasiado, prestando-lhe total atenção.
Por exemplo: lavar a loiça. Deve ser capaz de sentir a água a passar-lhe nas mãos.
Esta rotina permite-lhe estar no momento presente.



Segurar

- Pegue no fruto seco e segure-o na palma da mão;
- Foque-se nele e aproxime-o, como se nunca o tivesse visto antes;
- Consegue sentir o peso dela na sua mão?

Ver

- Demore algum tempo a observar a passa da uva;
- Olhe para ele com total atenção;
- Explore em pormenor;
- Examine todas as partes do fruto.

Tocar

- Dê voltas ao fruto seco, explorando a sua textura.

Cheirar

- Segure-a por baixo do nariz, prestando atenção ao que nota sempre que inspira;
- Repare no cheiro: se tem ou não cheiro, se é ou não forte.

Mastigar

- Dê uma trinca na passa e preste atenção aos efeitos que este fruto tem na sua boca;
- Sinta a textura enquanto os seus dentes a mordem;
- Continue a mastigar, devagar, sem engolir.

Colocar

- Leve lentamente, o fruto à boca;
- Repare na forma como o seu braço e mão sabem exatamente onde coloca-la;
- Suavemente, introduza-a na boca, sem mastigar;
- Explore a sensação de a ter na língua, durante algum tempo.

Engolir

- Repare no que a língua faz para preparar a deglutição;
- Tente seguir as sensações de engolir;
- Tente sentir o modo como ela se vai movendo até ao estômago.

ANEXO C5

Apresentação *Mindfulness* – Plano de oito semanas

MINDFULNESS – Plano de oito semanas

Baseado no Livro "Atenção plena – O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade"

Terapia de grupo 2016
Dra. Dulce Rocha
Dra. Maria Rocha
Ivone Amândio
Margarida Costa
Márcia Santos

- A atenção plena, não consiste apenas numa boa ideia, é uma forma de estar, que precisa de prática.
- Esta prática é considerada um processo, no qual deve ser desenvolvido e cultivado ao longo do tempo e deve ser encarada como um compromisso sério.
- A prática da atenção plena tem um papel importante na saúde, no bem-estar e na felicidade.
- Este programa, permite-nos observar a nossa própria mente, o nosso corpo e a nossa vida, permitindo vive-la mais plenamente em cada momento.

BENEFÍCIOS DA MEDITAÇÃO DE ATENÇÃO PLENA

- ❖ Vários estudos demonstram que as pessoas que meditam regularmente, são mais felizes e vivem mais satisfeitas.
- ❖ A ansiedade, depressão e irritabilidade, diminuem com sessões regulares de meditação, observando-se também, melhorias ao nível da memória.
- ❖ Pessoas que meditem com regularidade têm relações mais satisfatórias.
- ❖ A meditação provou ter impacto na redução de doenças graves (dor crónica), além de fortalecer o sistema imunitário.

OUTROS BENEFÍCIOS COMPROVADOS NA MEDITAÇÃO

ATENÇÃO PLENA, BONDADE AMOROSA E HUMOR POSITIVO:

- ❖ Uma equipa americana provou que a meditação focada na bondade em relação a si e aos outros fomenta as emoções positivas, o que contribui para a sensação de maior gosto pela vida.

- A atenção plena é método de treino mental. Não requer muito tempo, embora requeira alguma paciência e persistência.
- A meditação não é complicada. Mesmo quando parece difícil estarmos concentrados, aprende-se sempre alguma coisa de valioso, sendo portanto um benefício.
- O objetivo não é criar uma postura falsa de otimismo, nem aceitar o inaceitável. Mas sim, permitir que haja de maneira mais sábia perante as situações e mudar aquilo que precisa de ser mudado.



O QUE É QUE CRIA UMA EMOÇÃO?



OUTROS BENEFÍCIOS COMPROVADOS NA MEDITAÇÃO

Atenção plena e autonomia:

- ❖ Pessoas com mais atenção plena empenham-se mais em atividades mais autónomas. Ou seja, pessoas mais conscientes passam mais tempo a fazer coisas que lhe dão verdadeiro valor, ou que consideram divertidas.

OUTROS BENEFÍCIOS COMPROVADOS NA MEDITAÇÃO

Os diferentes aspetos da atenção plena têm influência nos estados de espírito diferentes:

- ❖ Todas as meditações deste livro têm benefícios que estão intimamente ligados.
- ❖ Verifica-se que o estar mais consciente das atividades diárias de rotina, está associado ao aumento do humor e bem-estar.
- ❖ A diminuição do humor, está também relacionado com a aceitação de pensamentos e emoções sem julgamento.

OUTROS BENEFÍCIOS COMPROVADOS NA MEDITAÇÃO

Meditação e saúde física:

- ❖ Verificou-se que a forma de meditação praticada no Ocidente desde 1960, levou a uma redução significativa da mortalidade.
- ❖ Este efeito, é equivalente à descoberta de um novo medicamento.

OUTROS BENEFÍCIOS COMPROVADOS NA MEDITAÇÃO

Meditação e depressão:

- ❖ A meditação pode ser uma estratégia eficaz para paciente com depressão, no qual, não estão a responder a outras abordagens, como por exemplo, a medicação.



MEDITAÇÃO DA ATENÇÃO PLENA AO CORPO E À RESPIRAÇÃO:

- ❖ A respiração é realmente vida, embora se dê como adquirida. Conseguimos ficar sem comida durante semana ou água durante dias, mas não podemos viver sem respiração.
- ❖ Estar atenta a respiração faz-nos lembrar que está a acontecer algo que depende muito pouco de quem somos ou do que queremos alcançar.
- ❖ A respiração está intimamente ligada à atenção. Permite que detete com mais facilidade quando e para onde a sua mente divagou.

OS NOSSOS CÉREBROS BORBOLETAS:

- ❖ A mente tem tendência para saltar de pensamento em pensamento, por isso, pode muito difícil manter a concentração.
- ❖ Tente ser simpática consigo mesma. Comece a ver a sua corrente de pensamentos em ação. A sua mente irá oferecer-lhe a oportunidade de se avaliar.
- ❖ Muitas vezes confundimos os nossos pensamentos com a realidade. Lembre-se que pode escolher em aceitar, ou não, esses pensamentos.

- ❖ Os pensamentos e sentimentos negativos podem formar padrões que ampliam as suas emoções, que pode gerar stress, ansiedade e tristeza. Quando repara nesses pensamentos indesejados, já se tornaram demasiado fortes para os conter.

- ❖ Ao estar totalmente desperta, conseguirá manter um maior controlo sobre o seu piloto automático.

Já lhe aconteceu estar a fazer uma tarefa, tal como conduzir, e quando repara está a prestar atenção a outra coisa qualquer?

A atenção plena poderá ajuda-la a pensar "Era isto que eu queria fazer?"



2ª SEMANA: TER EM MENTE O CORPO

NOVAMENTE INTEIRO:

- ❖ Nesta sessão, procura-se aprofundar a sua capacidade em ver a atividade da mente ao aprender a prestar atenção plena ao seu corpo.
- ❖ Poderá sentir as primeiras agitações dos pensamentos com grande carga emocional.
- ❖ O seu corpo pode tornar-se como um "radar emocional", que o alerta em casos de infelicidade, ansiedade e *stress*. É então importante, que preste atenção às partes do corpo que lhe estão a dar sinal.

O RASTREIO CORPORAL

- ❖ Permite que desloque a sua atenção por todo o corpo, permitindo uma atenção central e sem julgamento. Assim, irá desenvolvendo, aos poucos, a sua capacidade de prestar uma atenção constante.
- ❖ É importante encontrar um lugar e uma altura do dia em que possa estar num local sossegada.
- ❖ Haverá alturas em que vai parecer que não há tempo, pense que este investimento trará recompensas a longo prazo.

EXPETATIVAS E REALIDADE

- ❖ Pode levar algum tempo até a mente tornar a ligar-se totalmente ao corpo. É como se usasse um músculo que tem sido pouco usado.
- ❖ Haverá dias em que lhe será difícil meditar, especialmente quando se sentir zangado ou frustrado. Não seja dura consigo. Tente libertar-se das ideias de "sucesso" e "insucesso".
- ❖ Ter consciência das suas dificuldades é uma grande descoberta.
- ❖ Nessas situações, tente observar com curiosidade e sem desconfiança.

O RASTREIO CORPORAL REVELA O MODO DE FAZER

- ❖ Fazer uma lista de todas as coisas que pode viver enquanto pratica o Rastreio Corporal, especialmente todas as dificuldades, pode ser uma tarefa complicada.
- ❖ Não fique desapontada se o Rastreio Corporal não a libertar do *stress*.
- ❖ Tanto o passado como o futuro, pode ser um visitante regular durante o Rastreio Corporal. Reconheça para onde foi a sua mente e depois tente fazê-la regressar.



3ª SEMANA: O RATO NO LABIRINTO

CONSTRUIR E MELHORAR

- ❖ Muitas das mudanças, obtidas com a atenção plena, são subtis:
- ❖ Poderá notar diferenças ao nível do sono, sentindo-se como mais energia ao longo do tempo;
- ❖ Poderá levar mais tempo a zangar-se;
- ❖ Poderá rir-se com mais facilidade;
- ❖ A razão pela qual tem pensamentos negativos poderá começar a dissipar.

A atenção plena tem como objetivo reorientar a sua vida, para que seja capaz de a apreciar plenamente. O que não significa a extinção do cansaço e do sofrimento.

Abrir-se à capacidade de compreensão é muito importante, porque esta permite a entrada da compaixão, pelos outros e sobretudo por si.

Ao ter mais compaixão por si, poderá ser capaz de ver como algumas coisas na sua vida são menos importantes do que tinha pensado, sendo mais fácil despreocupar-se.

ALONGAMENTOS SEM ESFORÇO: MEDITAÇÃO DOS MOVIMENTOS COM ATENÇÃO PLENA

- ❖ Esta é uma meditação que pretende ancorar a consciência no corpo em movimento, proporcionando um campo de experimentação alargado.
- ❖ Apresenta 4 exercícios de alongamento interligados, que realinham fisicamente muitos dos músculos e articulações do corpo, libertando assim tensões acumuladas no dia a dia.
- ❖ É normal sentir-se desajeitada e desconfortável ao mover-se de forma lenta. Tente explorar estas sensações.

SER PACIENTE COM A MENTE ERRANTE

- ❖ O objetivo da meditação não é controlar a mente, ou limpá-la. A atenção plena, revela os padrões mais profundos da mente.
- ❖ Ao surgirem sensações intensas, verifique que a dor é criada pelo desconforto proveniente desses pensamentos.
- ❖ O facto de observar os seus pensamentos, poderá acalmá-los. A sua mente ficará também mais calma, uma vez que permite que eles sejam como são.

A MEDITAÇÃO DA PAUSA DE TRÊS MINUTOS

- ❖ quando nos sentimos esgotadas, tendemos a esquecermo-nos de como seria melhor sabermos lidar com as exigências do mundo.
- ❖ Quando nos zangamos é difícil lembrar porque é que deveríamos permanecer calmas.
- ❖ Quando estamos ansiosas, sentimos que não temos tempo para uma meditação de 20 minutos.

- ❖ A pausa de três minutos, foi criada para gerir estas situações. Há quem diga que esta é a prática mais importante que se aprende ao longo do programa.

- ❖ É uma meditação usada para pontuar o dia, de forma a que consiga manter uma maior postura de compaixão e consciência.
- ❖ É também, uma meditação de emergência. Permite que veja com clareza, o que surge a cada momento, sobretudo quando está sob pressão.



4ª SEMANA:
ULTRAPASSAR OS RUMORES

MEDITAÇÃO DE SONS E PENSAMENTOS

- ❖ Parar uns momentos para escutar é, por vezes, complicado. Lembre-se que mesmo estando num quarto sossegado, consegue ouvir sons abafados.
- ❖ Esta meditação revela, gradualmente, as semelhanças entre sons e pensamentos.
- ❖ Também ajuda-a a perceber que é possível relacionar-se com pensamentos perturbadores tal como se relaciona com os sons.
- ❖ Os elementos-chave para esta meditação é: receção e percepção.

MAIS UMA VEZ A INFRINGIR?

- ❖ É tentador usar a Pausa para respirar de forma errada.
- ❖ A pausa para respirar é uma boa altura para recuperar a atenção plena e ganhar novas perspetivas. Permite também, identificar alguns padrões de pensamento negativos.
- ❖ Quando terminar a pausa de três minutos e antes de continuar aquilo que deixou, tente fazer uma pausa para decidir sobre como quer proceder.
- ❖ A atenção plena dá-lhe a opção de agir de forma mais hábil.



5ª SEMANA:
VIRAR-SE PARA AS DIFICULDADES

MEDITAÇÃO PARA EXPLORAR AS DIFICULDADES

- ❖ Com esta meditação pode ganhar uma perspetiva mais clara sobre si mesma e o mundo, ajudando-o a trazer à mente situações inquietantes e a observar como o seu corpo reage.
- ❖ Ao focar-se no corpo, haverá um espaço entre si e o problema, para que não fique emaranhado nele. Assim, estará a usar o corpo para se virar para a negatividade.
- ❖ As reações do corpo à negatividade oferecem um sinal muito mais claro, sendo mais fácil permanecer-se focada.

PAUSA PARA RESPIRAR: APLICAR O QUE SE APRENDEU AO COTIDIANO

- ❖ De seguida serão apresentados três passos da meditação:
 - ❖ Passo 1: Consciência
 - ❖ Passo 2: Redirecionar a atenção
 - ❖ Passo 3: Ampliar a atenção

PASSO 1: CONSCIÊNCIA

- ❖ Ao praticar a observação, está a trazer a consciência para a experiência interna, compreendendo o que acontece com os seus pensamentos, sentimentos e sensações físicas.
- ❖ É também possível com a consciência, viver com o reconhecimento e a identificação dos mesmos, atribuindo palavras às experiências.
- ❖ "Cá estão os pensamentos de autocritica".

PASSO 2: REDIRECIONAR A ATENÇÃO

- ❖ Uma possibilidade para redirecionar a atenção para a respiração é contar cada inspiração e cada expiração, até cinco.

PASSO 3: AMPLIAR A ATENÇÃO

- ❖ Deixe incluir, na sua atenção, qualquer sensação que a incomode, tensão ou resistência, tal como é pedido que faça na meditação para explorar as dificuldades.
- ❖ Se se identificar com qualquer uma destas situações tente respirar sobre elas. Em seguida, relaxe e abra-se às sensações.
- ❖ Tome consciência das suas sensações corporais e da sua relação entre elas e aceite-as, deixando que sejam como são.



SOFRIMENTO MENTAL: OS PENSAMENTOS QUE NÃO PARAM

- ❖ Não posso fazer nada.
- ❖ Não valho nada.
- ❖ Estou a deixar-me ir abaixo.
- ❖ Sou um peso para os outros.
- ❖ Não tenho futuro.
- ❖ Alguma coisa na minha vida ficou estragada para sempre.
- ❖ Estou completamente derrotada.
- ❖ Não encontro significado para a minha vida.
- ❖ Perdi algo que nunca mais voltarei a encontrar.
- ❖ A dor nunca irá desaparecer.
- ❖ Já não sou quem era.

RECORDAÇÕES DE FACTO REAIS

- ❖ Leia as palavras da lista abaixo e pense num facto real que lhe tenha acontecido e que ocorra ao ler cada uma destas palavras.
- ❖ Tem que se referir a uma situação concreta, tentando ser o mais preciso possível com cada palavra.



- ❖ Não conseguir encontrar um episódio específico para cada palavra é bastante comum, sobretudo se estiverem mais cansadas ou aceleradas pra pensar de modo claro.
- ❖ Quanto mais se recorda de histórias pouco específicas, mais dificuldade se tem em "largar" o passado e mais afetada fica com as coisas que correm mal no presente.

SEJA SIMPÁTICA CONSIGO MESMA

- ❖ Tratar-se com amabilidade e deixar de se julgar com dureza para encontrar paz.
- ❖ Questões que devemos fazer a nós mesmas:
 - ❖ Digo a mim mesma que não deveria sentir-me como me sinto?
 - ❖ Creio que alguns dos meus pensamentos são anormais ou maus e que não deveria pensar assim?
 - ❖ Acho que algumas das minhas emoções são más ou inadequadas e que não deveria senti-las?

- ❖ O objetivo destas questões é verificar se é, ou não, muito exigente consigo mesma. Será possível começar a tratar-se com mais compaixão?
- ❖ Considere as suas respostas como uma ajuda para tomar mais consciência e não como sinais de êxito ou de fracasso.

A AMABILIDADE NA PRÁTICA

- ❖ A amabilidade surge através da empatia, da compreensão e ao partilhar a dor de outra pessoa.
- ❖ Além de ser importante dar, é igualmente essencial estarmos aptas a recebe-la.
- ❖ Raramente sentimos empatia pelos nossos pensamentos e sentimentos. É bastante útil pensar que, estes só querem que nós o compreendamos e que tenhamos empatia por eles.



7ª SEMANA: QUANDO É QUE DEIXOU DE DANÇAR?

APRENDER NOVAMENTE A DANÇAR

- ❖ É importante entender o quanto da nossa vida dedicamos a atividades esgotantes, de forma a delinear estratégias para investir menos tempo nelas, dedicando mais tempo às que nos "alimentam a alma".
- ❖ Nesta semana, procura-se que seja capaz de recuperar o equilíbrio entre ambas.
 - ❖ Passo 1: Reequilibrar a sua vida diária
 - ❖ Passo 2: pausa para respirar e empreender mais ações

REEQUILIBRAR A SUA VIDA DIÁRIA

- ❖ Invista algum tempo a pensar em como pode recuperar o equilíbrio entre as atividades que lhe "alimentam a alma" e as atividades que a esgotam, podendo preencher uma lista.
- ❖ Haverá aspetos que simplesmente não pode mudar de imediato, como por exemplo o trabalho. O que poderá fazer nestas situações é:
 - ❖ Aumentando o tempo e esforço em atividades que lhe sejam prazerosas e reduzir o tempo que investe em tarefas esgotantes;
 - ❖ Tentando uma abordagem diferente às tarefas esgotantes, estando totalmente presente para elas (atenção plena).

- ❖ Uma boa forma de traçar um equilíbrio, é construir uma lista de atividades que sejam esgotantes para si e de atividades a preenchem.
- ❖ Existem inúmeras maneiras de evitar o equilíbrio entre estas atividades. Alguns exemplos são:
 - ❖ Há coisas na vida que não me deixam opção, como por exemplo, o trabalho
 - ❖ Tenho muitas responsabilidades, não ficaria bem pôr-me a mim em primeiro lugar.
 - ❖ A atenção plena ajuda-a a ir mais além, a tentar encontrar formas criativas de a "alimentar" a sua alma.

PAUSA PARA RESPIRAR E EMPREENDER MAIS OPÇÕES

- ❖ Quando se sentir com *stress* comece por fazer uma Pausa de Três Minutos e depois pense no que vai fazer. Pense em algo que lhe pareça adequado e acertado.
- ❖ Quando nos sentimos cansados, ou o nosso estado de espírito está em baixo, é normal que demore a chegar a motivação. Portanto, quando se sentir cansada, infeliz, stressado ou angustiada, não espere que a motivação apareça. Tente pôr-se em ação.

- ❖ Depois de fazer a Pausa de Três Minutos, pense numa ação que seja acertada para si:
- ❖ Fazer algo agradável: a exaustão e o *stress* faz com que sintamos anedonia. Ao empreender ações conscientes, começará, aos poucos, a ser capaz de fazer atividades que costumava gostar, ou que poderia apreciar agora.
- ❖ Incrementar a sensação de domínio ou controlo: a ansiedade e o *stress* reduzem a sensação de controlo da própria vida. É importante que comece a selecionar pequenas ações que possa fazer, gradualmente.
- ❖ Fomentar a atenção plena: procure agir em plena consciência e recuperar os seus sentidos: O que veem os seus olhos? O que encontra aqui e agora, se tirar um momento para dedicar toda a sua atenção?



8ª SEMANA: A SUA VIDA SELVAGEM E PRECIOSA

UTILIZAR A ATENÇÃO PLENA PARA MANTER A PAZ NUM MUNDO FRENÉTICO

A atenção plena pode servir como um paraquedas de emergência. De seguida serão apresentadas algumas dicas.

COMECE O DIA COM ATENÇÃO PLENA

- ❖ Quando abrir os olhos, faça uma pausa breve e respire cinco vezes.
- ❖ Se estiver cansada, nervosa ou infeliz, considere esses sentimentos e pensamentos como dados mentais que se dissolvem na consciência.
- ❖ Se lhe doer o corpo, identifique essas sensações tal como são: sensações.
- ❖ Tente aceitar esses sentimentos e pensamentos de forma tranquila e compreensiva. Aceite-os.
- ❖ Escolha fazer um rastreio ao corpo durante um minuto ou dois, concentrando-se na respiração ou realizar alguns alongamentos antes de se levantar.

PRATIQUE PAUSAS PARA RESPIRAR AO LONGO DO DIA

- ❖ Estes momentos ajudam-no a recuperar a concentração no aqui e agora, podendo reagir de forma sábia e compassiva aos seus sentimentos, pensamentos e sensações corporais.

ACEITE COM BONDADE OS SEUS SENTIMENTOS

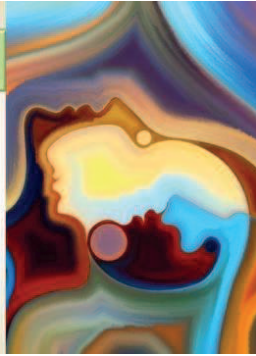
- ❖ tente aproximar-se com espírito aberto e sincero a todos os seus sentimentos, mesmo que sejam dolorosos.
- ❖ Se sentir nervosa, cansada, frustrada, aborrecida ou sentir qualquer outra emoção forte, faça uma pausa de três minutos: irá ajudar a que as suas emoções negativas se dissipem

FAÇA MAIS EXERCÍCIO

- ❖ Tente adotar uma atitude plenamente consciente e curiosa para com o seu corpo enquanto faz exercício.
- ❖ Repare nos sentimentos e pensamentos que vão surgindo.
- ❖ Tente observar com tranquilidade, as sensações que vão surgindo. Respire seguindo o ritmo dos seus movimentos.

A ESCOLHA É SUA

❖ Este é o momento de decidir qual a prática ou combinação que se adequa a si e que pensa ser capaz de manter a longo prazo. Pode mudar a sua escolha de um dia para o outro, adaptando às suas necessidades. Ter uma pausa, nem que seja de um minuto durante o dia para respirar, é indispensável.



*"PRATIQUE COMO SE A SUA VIDA DEPENDESSE DISSO.
JÁ QUE EM MUITOS ASPETOS É MESMO ASSIM. PORQUE ENTÃO
SERÁ CAPAZ DE VIVER A VIDA QUE TEM E DE O FAZER COMO SE
REALMENTE IMPORTASSE."*

ANEXO C5

Documento informativo *Mindfulness* – Plano de oito semanas

MINDFULNESS

ATENÇÃO PLENA

Plano de oito semanas baseado no Livro "Atenção plena – O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade

Terapia de grupo 2016

Dra J Dulce Sousa
Dra Vânia Rocha
Ivone Ant3nio
Muriela Silva
J3ssica Santos

SUMÁRIO DOS PRÁTICAS SEMANAIS

primeira semana	<ul style="list-style-type: none"> • Meditação da Passa da Uva • Atividade rotineira de Atenção Plena (por exemplo lavar os dentes) • Meditação da Atenção plena ao Corpo e à Respiração, duas vezes por dia • Libertador de hábitos
segunda semana	<ul style="list-style-type: none"> • Prática do Rastreo Corporal, pelo menos duas vezes por dia, seis dias por semana • Realizar outra atividade rotineira de atenção plena (escolha uma diferente da semana anterior) • Libertador de hábitos
terceira semana	<ul style="list-style-type: none"> • Oito minutos de meditação Movimentos com Atenção plena seguidos de uma meditação Respiração e corpo • Meditação Pausa de três minutos, deve ser praticada duas vezes por dia • Libertador de hábitos
quarta semana	<ul style="list-style-type: none"> • Meditação da Respiração e do Corpo de oito minutos • Meditação de Sons e Pensamentos, deve ser praticada duas vezes por dia • Meditação Pausa de Três Minutos, duas vezes por dia
quinta semana	<ul style="list-style-type: none"> • Meditação da Respiração e do Corpo de oito minutos • Meditação de Sons e Pensamentos de oito minutos • Meditação para Explorar as Dificuldades de dez minutos • Meditação de Pausa de Três minutos • Libertador de hábitos
sexta semana	<ul style="list-style-type: none"> • Meditação da Amabilidade de dez minutos, seis dos próximos sete dias • Meditação de Pausa de Três, duas vezes por dia • Libertador de hábitos
sétima semana	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha duas meditações aprendidas anteriormente, durante seis dos sete dias • Meditação da Pausa de Três minutos, duas vezes por dia
oitava semana	<ul style="list-style-type: none"> • Integração de práticas aprendidas numa rotina a longo prazo

PRIMEIRA SEMANA: DESLIGAR O PILOTO AUTOMÁTICO

Atenção plena e o seu piloto automático: já lhe aconteceu estar a fazer uma tarefa, tal como conduzir, e quando repara está a prestar atenção a outra coisa qualquer?

A atenção plena poderá ajuda-la a pensar “Era isto que eu queria fazer?”

Os pensamentos e sentimentos negativos podem formar padrões que ampliam as suas emoções, que pode gerar stress, ansiedade e tristeza. Quando repara nesses pensamentos indesejados, já se tornaram demasiado fortes para os conter.

Ao estar totalmente desperta, conseguirá manter um maior controlo sobre o seu piloto automático.

Atividades de rotina: normalmente não prestamos atenção a determinadas atividades de rotina, tal como, lavar os dentes, beber chá, café ou sumo, levar o lixo à rua, entre outras.

Escreva num papel as suas escolhas, ou seja, quais as atividades que normalmente faz em piloto automático:

- Escolha uma atividade para praticar todos os dias durante uma semana;
- Repare nas suas sensações;

- A ideia é conseguir mais alguns momentos do dia em que se sinta desperto;
- **Exemplo:** lavar os dentes – onde está a sua mente quando lava os dentes? Dê atenção à forma como utiliza a escova, ao sabor da pasta, à espuma....

Atenção plena ao corpo e à respiração:

Sugere-se a prática da respiração seguinte a cada seis dos próximos sete dias. A respiração dura apenas oito minutos e recomenda-se a fazer-la duas vezes por dia.

- Instale-se numa posição confortável, numa cadeira ou até mesmo numa almofada no chão.
- Traga a sua consciência para as sensações físicas, concentrando-se nos pontos do corpo que estão em contacto com o chão ou com a cadeira.
- Agora, canalize a sua atenção para os pés, começando pelos dedos grandes até às pontas dos pés, permanecendo atenta a todas as sensações.
- Expanda agora a sua atenção, progressivamente, também para as pernas, durante alguns momentos, depois tronco, depois o braço esquerdo, depois o direito, pescoço e por fim cabeça.
- Passe um minuto ou dois a tomar consciência do seu corpo.
- Agora leva a sua consciência até a respiração, repare no movimento do ar a entrar e sair do corpo. Pode colocar a mão sobre o peito para

sentir o ar a entrar e sair, a medida que respira. Não tente controlar a respiração, deixe que ela o faça por si.

- É possível que a sua atenção se desvie da respiração, o que não é um erro, faz parte do vaguear da mente. Ao tomar consciência disso, é bom, significa que está consciente da sua experiência.

SEGUNDA SEMANA: TER EM MENTE O CORPO

Rastreo corporal: tem como objetivo reintegrar a mente e o corpo num só. À medida que vai praticando esta meditação, vai desenvolvendo a sua capacidade de prestar atenção de forma constante.

Esta meditação tem uma duração média de 15 minutos e sugere-se a sua prática duas vezes por dia, durante seis dos próximos sete dias.

- Deite-se de costas, numa local confortável, onde não a incomodarão.
- Passe algum tempo a prestar atenção às sensações físicas do seu corpo. A cada respiração deixe-se mergulhar profundamente. Este é um momento para ter plena consciência da sua experiência, poderá até mesmo não despertar qualquer sensação.
- Leve a consciência às sensações do abdómen, à medida que o ar entra e sai do corpo.
- Concentre agora a sua atenção como se fosse um foco de luz e faça-a descer pelo corpo até as pernas e aos dedos dos pés.
- Sinta ou imagine que a respiração podia entrar pelos pulmões e continuar pelo corpo todo, até as pontas dos pés. Sinta também a respiração a vir da ponta dos pés e a percorrer todo o corpo até sair pelo nariz.

- Quando se sentir pronta, envie a sua atenção para as sensações na planta dos pés. De seguida dirija a sua atenção para o peito do pé, e a seguir, para o calcanhar. Experimente fazer uma respiração para cada nova sensação, estando atenta à respiração enquanto explora sensações.
- Permita que a atenção se expanda para toda a superfície dos pés. Inspire profundamente para os dois pés. Na expiração, abandone os pés e comece a dar atenção à parte de baixo das pernas.
- Continue a fazer o rastreio em todo o corpo da mesma forma: depois das pernas, suba para os joelhos e em seguida para as coxas, concentrando-se em cada parte. Agora dirija a sua atenção para a zona pélvica, e de seguida, para a parte de baixo das coxas, abdómen, parte de cima das costas e, por fim, para o peito e ombros. Depois concentre-se nas duas mãos: primeiro as pontas dos dedos, passando para os dedos por inteiro, palmas das mãos e por último, para as costas das mãos. De seguida, dirija-se para os pulsos, antebraços, cotovelos, braços, ombros e axilas. Em seguida, conduza a sua atenção para o pescoço, rosto (boca, lábios, nariz, olhos e ouvidos) e por último para a sua cabeça.
- Tente focar a sua atenção em cada região do corpo durante vinte e trinta segundos.

- Tome consciência de sensações intensas, tal como tensão, e veja como funciona “respirar com” esse zona. Use a inspiração de forma suave, para ter consciência das suas sensações.
- É normal que a mente vagueie e que se distraia da respiração e do corpo. Quando isso acontecer, repare para onde foram os seus pensamentos e tente voltar a atenção, suavemente, para onde estava.
- Quando terminar, tente focar-se no seu corpo como um todo, durante alguns minutos. Sinta a respiração a fluir livremente para dentro e fora do corpo.

Libertador de hábitos: passear é um dos melhores exercícios, além de ser libertador de *stress*. Durante esta segunda semana, é sugerido que dê um passeio de 15 a 30 minutos (não tem que ser um sítio em especial), pelo menos uma vez esta semana.

Enquanto passeia, foque a sua atenção nos pés ao pisarem o chão e nos músculos e tendões dos pés e das pernas. Repare no movimento do seu corpo, a medida de que caminha. Preste atenção a tudo o que vê, cheira e ouve. Tente manter-se atenta a todos os seus sentidos.

Exercício da gratidão dos dez dedos: apenas uma vez por semana, traga à sua mente dez coisas pelas quais está grata, mesmo que seja difícil. O

objetivo deste exercício é tomar consciência dos elementos que não reparou anteriormente.

TERCEIRA SEMANA: O RATO NO LABIRINTO

Meditação dos movimentos com atenção plena: esta meditação permite fundir a consciência no corpo quando está em movimento. São 4 exercícios de alongamento interligados. Estes, ajudam a libertar tensões acumuladas.

Levantar os dois braços:

- Fique de pé, descalça, com os pés afastados à largura das ancas e joelhos distendidos, para que as pernas dobrem ligeiramente.
- Depois de uma inspiração consistente, levante, lentamente, os braços dos dois lados. Expire, na próxima expiração continue a levantar os braços até que as mãos estejam erguidas acima da cabeça. Com o movimento dos braços, tente estar completamente atenta às suas sensações nos músculos.
- Continue a respirar lentamente e ao seu ritmo, enquanto se estica para cima, fazendo força nos dedos dos pés, mas com estes assentes no chão. Dedique algum tempo às sensações dos músculos e articulações de todo o seu corpo.
- Repare, enquanto mantém este alongamento, na sua respiração, permita que esta flua livremente para dentro e para fora.

- Quando estiver pronta, e muito devagar, vá baixando os braços num gesto lento, valorizando todas as sensações.

"Apanhar fruta":

- Estenda um braço e mão para cima, como se estivesse a apanhar fruta de uma árvore, prestando atenção as suas sensações e à respiração, olhando sempre para cima. Deixe que o calcanhar o calcanhar oposto ao braço esticado se levante do chão, à medida que alonga. Quando terminar de alongar, faça o calcanhar voltar ao chão, baixe a mão e tente observar o movimento que a mão faz ao descer. De seguida, "apanhe a fruta" com a outra mão.

Inclinar-se para o lado:

- Lenta e atentamente, ponha as mãos nas ancas, deixe o seu corpo inclinar-se para a esquerda, com as ancas a moverem-se ligeiramente para a direita, de forma a que o corpo faça uma grande curva, formando uma lua em quarto crescente. Depois, enquanto inspira, volte a posição vertical de pé. Enquanto inspira volte a inclinar-se, também lentamente, desenhando uma curva na direção oposta. O

importante neste alongamento, é a atenção que tem no movimento e não o quanto se inclina.

Rotação dos ombros:

- Por fim, divirta-se a rodar os ombros. Primeiro ergue os braços para cima na direção dos ouvidos, depois para trás, como se estivesse a tentar juntar as omoplatas, em seguida deixe-os descair por completo. Por último, aperte os ombros, como se estivesse a tentar junta-los. Deixe que a respiração determine a velocidade da respiração.

Permaneça quieta durante um bocadinho, sintonize-se com as sensações do seu corpo, antes de passar à meditação sentada.

Meditação da respiração e do corpo: sugere-se que pratique esta meditação depois dos Movimentos com atenção plena. Tem uma duração de cerca de 8 minutos.

- Encontre uma postura sentada. Agora traga a sua atenção para a respiração, reparando no modo como o ar entre e sai do corpo.
- Preste atenção às sensações físicas durante a inspiração e expiração. Não tente controlar a respiração, deixe que ela se faça por si.

- Após alguns minutos, deixe que o campo da atenção plena se expanda para todo o corpo, sem deixar de prestar atenção à respiração. Tente captar todas as sensações do corpo, onde quer que sejam.
- Se for possível, concilie todas estas sensações, com a sensação da respiração e do corpo no seu conjunto.
- Se ocorrerem sensações intensas, especialmente desagradáveis, pode perceber que a sua atenção é atraída para elas. Nessa altura, mude de postura, e ganhe consciência da intenção de se mexer. Também pode levar a sua atenção diretamente para essas zonas e explorar cuidadosamente essas sensações.
- Sempre que se sentir “levada” pela intensidade das sensações, ou divagações, volte a concentrar-se no aqui e agora.

Meditação da pausa de três minutos: esta meditação tem como objetivo adotar uma postura de compaixão e consciência, dissolvendo os pensamentos negativos. São três passos, de aproximadamente um minuto cada. É sugerido que pratique duas vezes por dia, durante esta semana.

1. **Ficar atento:** adote uma postura direita e segura, podendo estar sentado ou de pé. Tente fechar os olhos. Pense na sua experiência anterior e pergunte-se “Qual é a minha experiência neste momento?”. Quais são os pensamentos que lhe passam pela mente?

Quais os sentimentos presentes? (acelte-os, mesmo que sejam desagradáveis, sem tentar mudar nada). Quais as sensações físicas presentes neste momento?

2. **Reunir e focar a atenção:** leve a sua atenção para as sensações físicas da respiração. Sinta as sensações físicas no abdômen, expandindo-o a medida que o ar entra e encolhendo à medida que o ar sai. Use cada respiração como uma oportunidade de estar no presente.
3. **Expandir a atenção:** sinta o corpo como um todo, incluindo a sua postura e expressão facial, como se o corpo inteiro estivesse a respirar. Se tiver alguma sensação de desconforto ou tensão em alguma zona, foque a sua atenção nas mesmas, o que ajudará a explorar as sensações e a familiarizar-se com elas. Se elas deixarem de lhe chamar a atenção, regressse ao início, consciente de todo o corpo.

Libertador de hábitos: valorizar a televisão: um dia desta semana, tente arranjar uma programação semanal da televisão (ou *online*). No dia marcado, veja apenas os programas que escolheu e desligue intencionalmente assim que tiver terminado. No fim do dia, registe num caderno de notas como é que correu. O objetivo, é dissolver velhos hábitos instalados.

QUARTA SEMANA: ULTRAPASSAR OS RUMORES

Meditação de sons e pensamentos: sente-se de forma a que a coluna vertebral se sustenha a si própria, com as costas direitas e ombros relaxados, cabeça e pescoço equilibrados e queixo ligeiramente para dentro. Sugere-se que pratique esta meditação duas vezes por dia.

- Dirija a atenção para a respiração que o corpo faz durante alguns minutos, até se sentir instalada. Depois alargue a sua atenção de forma a sentir a sua respiração e o seu corpo como um todo. Passe alguns minutos a praticar a atenção plena, como se o corpo inteiro estivesse a respirar.

Sons: quando estiver pronta, permita que o foco da sua atenção passe das sensações corporais para a audição. Não precisa de procurar sons, mantenha-se simplesmente a escuta, de forma a ficar receptiva a todos os sons à medida que vão surgindo. Desta forma estará a abrir-se par todo o espaço de som a sua volta.

- Repare na tendência que temos para rotular sons (carro, voz, ar condicionado, rádio), tente concentrar-se nos sons além dos rótulos, tome consciência dos sons enquanto sensações puras.

- Tente ligar-se com consciência direta às suas qualidades sensoriais e não aos seus significados.
- Quando reparar que a consciência já não está focada nos sons, reconheça para onde foi a mente e volte a sintonizar-se nos sons. Depois de se focar nos sons durante quatro ou cinco minutos, liberte a sua atenção.

Pensamentos: mude o foco da atenção, de modo a que os seus pensamentos estejam centrados na atenção plena. Repare nos pensamentos, tal como fez com os sons, à medida que vão surgindo, vendo como pairam no espaço da mente. Tente detetar o momento em que se dissipam. Não tente fazer os seus pensamentos desaparecerem e voltem, deixe que venham por si próprios.

- Pode tentar prestar atenção aos pensamentos como se faria se estes fossem projetados numa tela de cinema. Observe-os à medida que surgem, estando atenta durante o tempo que permanecerem e libertando-os quando desaparecerem. Quando tiver consciência de si como observadora, felicite-se.
- Se houver pensamentos que tragam consigo sentimentos e emoções intensas, repare na carga emocional e intensidade o melhor que puder e deixe-os ser como já são.

- Quando sentir a sua mente menos focada ou atraída pela história criada pelo seu pensamento, tente voltar à respiração e à sensação do corpo como um todo e tente trazer a sua atenção de volta ao presente.

Meditação da fila insuportável: quando está na fila do supermercado, veja se consegue estar atenta às suas reações quando algo a impede de avançar. Pare e pergunte a si mesma: o que é que se está a passar na minha mente? Que sensações é que tenho no meu corpo? De que reações emocionais e impulsos tenho consciência?

Cabeça erguida. Respire. Permita que aconteça. Esteja aqui. Este momento também é um momento da sua vida.

Libertador de hábitos: uma ida ao cinema. Peça a um amigo ou familiar para ir consigo ao cinema. Vá a uma hora fixa e escolha o filme, que lhe chama a atenção, apenas quando lá chegar e deixe-se levar pelo filme. As vezes o inesperado é o que nos faz mais felizes. Antes de ir, repere em quaisquer pensamentos que possam ocorrer. Esses, são muitas vezes, os "buracos da vida quotidiana" que nos desencorajam da intenção de fazer algo.

QUINTA SEMANA: VIRAR-SE PARA AS DIFICULDADES

Meditação para explorar as dificuldades: tem como objetivo, trazer a mente situações inquietantes e depois observar o modo como o seu corpo reage.

- Sente-se durante alguns minutos, concentrando-se nas sensações de respiração. De seguida, alargue as suas sensações para encarnar o corpo como um todo (**Meditação da Respiração e do Corpo**). Depois mude o enfoque para os **Sons e Pensamentos**.
- Se reparar que a sua atenção se afasta para os seus pensamentos, emoções ou sentimentos mais dolorosos:

- Primeiro passo – permitir que o pensamento ou sentimento permaneça na mente.
- Segundo passo – transfira a atenção para o corpo, tomando consciência de quaisquer sensações físicas que estejam associadas ao pensamento ou sentimento.
- Terceiro passo – deslocar a atenção para a parte do corpo em que estas sensações são mais fortes. Centre-se de forma tranquila "respirando para lá" ao inspirar e "saindo de lá" quando expira.

- Lembre-se que não está a tentar mudar as sensações, mas sim a explorá-las de forma saudável. *“Não faz mal sentir-me assim. Seja o que for, é bom permitir-se abrir a isto.”*
- Tente aprofundar uma atitude de aceitação para com o que esteja a sentir e tente manter a atenção plena nestas sensações, respirando com elas e permitindo que sejam tal como são.

Libertador de hábitos: plante algumas sementes (ou cuide de uma planta).

Tratar de uma planta pode trazer vários benefícios. Pode escolher comprar uma planta, ou plantar sementes de uma planta que se possa comer, ou até mesmo de uma flor. Ao plantar sinta a sua textura. Procure saber mais sobre a planta de que vai cuidar. Esteja consciente do momento.

SEXTA SEMANA: PRESO NO PASSADO OU A VIVER O PRESENTE?

A meditação da amabilidade: esta meditação dura dez minutos e deve ser praticada durante seis dos próximos sete dias. Sempre que a realizar, prepare-se sentada, usando a **Atenção Plena ao Corpo e à Respiração** (apresentada na 1ª semana) ou a **Meditação da Respiração e do Corpo** (apresentada na 3ª semana).

- Sente-se numa posição numa posição confortável, mantendo a coluna direita, ombros relaxados, peito aberto e cabeça equilibrada.
- Concentre-se na respiração e depois expanda a atenção a todo o corpo durante uns minutos.
- Quando a mente se dispersar reconheça para onde ela foi e lembre-se que agora tem uma opção (apresentada na semana anterior).
- Quando estiver pronto recorde algumas destas frases: “Que eu possa libertar-me do sofrimento.” “Que eu possa ser tão feliz e saudável quanto possível.” “Que eu tenha paz e espírito.” De forma a dar entrada para uma profunda sensação de amabilidade consigo mesma.
- Se lhe for difícil despertar o sentimento de amabilidade para consigo mesmo, lembre-se de uma pessoa, ou até mesmo um animal, que tenha

amado ou que ame incondicionalmente. Experimente oferecer esse amor a si mesma. Deixe-se ficar neste passo o tempo que precisar.

- Quando se sentir pronta, pense num ente querido e deseje-lhe todo o bem “Que ele possa libertar-se do sofrimento. Que ele possa ser tão feliz e saudável quanto possível. Que ele tenha paz de espírito.”
- Veja o que surge na mente e no corpo enquanto evoca a pessoa na cabeça e no coração, desejando-lhe bem. Leve o tempo que for preciso, respirando.
- Quando estiver preparada, escolha um estranho. Pode ser alguém que vê com regularidade, mas cujo o nome não possa saber, alguém em relação a quem se sente neutro. Reconheça que, embora não o conheça, provavelmente também terá uma vida cheia de esperanças e medos. Também quer ser feliz como você. Repita as frases e deseje-lhe bem.

- Se quiser alargar ainda mais a meditação, pode experimentar com uma pessoa que lhe seja “difícil”, no passado ou no presente. Permita que ela lhe ocupe o lugar na mente e no coração, reconhecendo que ela também pode desejar ser libertada do sofrimento “Que ela possa libertar-se do sofrimento. Que ela possa ser tão feliz e saudável quanto possível. Que ela tenha paz de espírito.” Faça uma pause e escute. Receba as sensações do seu corpo. Tente explorar esses sentimentos sem os julgar.

- Se em algum momento se sentir arrastada pelos seus pensamentos intensos, pode regressar à respiração centrada no corpo, para voltar ao momento presente.

- Por último, amplie a sua bondade para todos os seres, incluindo os seus entes queridos, desconhecidos, pessoas com quem tenha uma relação difícil. O objetivo é fazer chegar o seu amor e a sua amabilidade a todos os seres vivos do planeta e lembre-se que isso a inclui a si. “Que todos os seres se possam libertar do sofrimento. Que possam ser tão felizes e saudáveis quanto possível. Que todos tenhamos paz de espírito.”

- Por fim, dedique algum tempo a prestar atenção a sua respiração e ao corpo e descanse em plena consciência do momento presente.

Libertador de hábitos: escolha um dos libertadores de hábitos abaixo referidos e tente fazê-lo pelo menos uma vez esta semana. Também pode escolher os dois, se assim preferir.

1. **Recuperar a sua vida:** pense num momento da sua vida em que as coisas pareciam mais tranquilas. Recorde com o maior pormenor possível, algumas das atividades que praticava naquela altura, podem ser coisas que fazia sozinha ou com amigos e família. Escolha uma dessas atividades e planeia-a para esta semana. O importante é voltar a pô-la em contacto

com uma parte da sua vida que tinha esquecido. Chegou o momento de recuperar a sua vida.

2. Realize uma boa ação: porque não fazer alguma coisa por bondade? Pode ser, ajudar um colega de trabalho, levar as compras de um vizinho, entre outras. Não precisa de ser nada de extraordinário. E que tal libertar-se de artigos que já não precisa? Há várias instituições que aceitam roupas, mobiliário ou eletrodomésticos. Pense nos seus amigos, família e colegas de trabalho. Como é que pode tornar a vida deles um pouco melhor? Faça uma boa ação com carinho e compreensão. Considere esta ação como uma oportunidade de aprender e explorar as suas reações e as suas respostas.

SÉTIMA SEMANA: QUANDO É QUE DEIXOU DE DANÇAR

Durante esta semana, propõe-se que faça três meditações, já aprendidas, em seis dos sete dias. Opte por uma meditação que lhe tenha proporcionado benefícios, tal como, ajudado a relaxar. Escolha outra que, inicialmente, lhe tenha exigido um certo esforço. Medite uns 20 ou 30 minutos às duas meditações. Por último, sugere-se que faça a **Meditação da Pausa de Três Minutos** (em pormenor na 3ª semana).

Sínos de atenção plena: escolha algumas atividades quotidianas, que serão “chamadas de atenção”, em que deve parar e ouvir. Como por exemplo:

- Cozinhar: é uma grande oportunidade de praticar a atenção plena: visão, ouvido, gosto, olfato, tato. Preste atenção a todas as sensações que pode ter ao cozinhar.
- Lavar a loiça: neste exemplo, pode explorar as suas sensações e regressar ao momento presente.
- Comer: experimente comer em silêncio e sem a distração do rádio ou televisão. Invista toda a atenção na comida: as cores, as formas, a proveniência dos alimentos, as sensações que o ato de comer lhe causa.
- Conduzir: tome consciência de onde a sua mente vai estar enquanto conduz. Pode decidir que o centro da sua atenção estará noutra atividade

que não a condução. Observe a facilidade com que o ato de conduzir passa para primeiro plano da sua atenção. Tente investir algum tempo no ato de conduzir e as sensações que a condução lhe proporciona.

- Andar a pé: preste atenção as todas as sensações. Repare quando a mente se dispersa e centre-se de novo na sua caminhada.
- Semáforos vermelhos: quando atravessar a rua aproveite a pausa em frente ao sinal vermelho para esperar em silêncio, focando-se na respiração.
- Ouvir: observe também quando não está a ouvir e tente recuperar a atenção.

OITAVA SEMANA: A SUA VIDA SELVAGEM E PRECIOSA

Tecer o nosso paraquedas: utilizar a atenção plena para manter a paz num mundo frenético.

- Comece o dia com atenção plena: quando abrir os olhos, faça uma pausa breve e respire cinco vezes. Se estiver cansada, nervosa ou infeliz, considere esses sentimentos e pensamentos como dados mentais que se dissolvem na consciência. Se lhe doer o corpo, identifique essas sensações tal como são: **sensações**. Tente aceitar esses sentimentos e pensamentos de forma tranquila e compreensiva. Aceite-os. Escolha fazer um rastreio ao corpo durante um minuto ou dois, concentrar-se na respiração ou realizar alguns alongamentos antes de se levantar.
- Pratique pausas para respirar ao longo do dia: estes momentos ajudam-no a recuperar a concentração no aqui e agora, podendo reagir de forma sábia e compassiva aos seus sentimentos, pensamentos e sensações corporais.
- Mantenha a prática da atenção plena: estas reforçam os espaços de respiração e ajudam-na a conservar a atenção plena ao longo do dia.
- Aceite com bondade os seus sentimentos: tente aproximar-se com espírito aberto e sincero a todos os seus sentimentos, mesmo que sejam dolorosos.

- Quando se sentir nervosa, cansada, frustrada, aborrecida ou sentir qualquer outra emoção forte, faça uma pausa de três minutos; irá ajudar a que as suas emoções negativas se dissipem e voltará a ligar-se às suas sensações corporais, estando em melhores condições de tomar decisões acertadas.
- Atividades com atenção plena: tente permanecer plenamente consciente grande parte do dia.
- Faça mais exercício: tente adotar uma atitude plenamente consciente e curiosa para com o seu corpo enquanto faz exercício. Repare nos sentimentos e pensamentos que vão surgindo. Tente observar com tranquilidade, as sensações que vão surgindo. Respire seguindo o ritmo dos seus movimentos.
- Lembre-se da respiração: a respiração está sempre aqui. Permite que esteja no presente. Lembra-lhe que está bem, tal como está.

A escolha é sua: este é o momento de decidir qual a prática ou combinação que se adequa a si e que pensa ser capaz de manter a longo prazo. Pode mudar a sua escolha de um dia para o outro, adaptando às suas necessidades. Ter uma pausa, nem que seja de um minuto durante o dia para respirar, é indispensável.

"PRATIQUE COMO SE A SUA VIDA DEPENDESSE DISSO,

JÁ QUE EM MUITOS ASPETOS É MESMO ASSIM. PORQUE ENTÃO SERÁ CAPAZ DE VIVER A VIDA QUE TEM E DE O FAZER COMO SE REALMENTE IMPORTASSE."

ANEXO C7

Apresentação Relacionamento Interpessoal

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

- Trata-se da conexão estabelecida entre duas ou mais pessoas:
 - No âmbito familiar
 - No âmbito social
 - No âmbito profissional
- A maneira como nos relacionamos com os outros e qualidade dessas relações é muito importante para um bom relacionamento interpessoal.

AUTOCONHECIMENTO



- Para que exista um bom relacionamento com os outros, é importante que a pessoa seja capaz de se conhecer a si próprio.

- Ao pensar sobre as suas características e habilidades pessoais e ao aprender a conhecer-se melhor, a pessoa será capaz de obter um melhor relacionamento com os outros.



- A competência mais importante para obtermos um bom relacionamento interpessoal é o autoconhecimento.

- Através dele conseguimos estabelecer relacionamentos interpessoais mais eficazes proporcionando um processo contínuo de aprendizagem, e até mesmo, encontrar soluções para problemas não resolvidos.

AUTOCONHECIMENTO



- O autoconhecimento deriva da capacidade que a pessoa tem de refletir sobre si mesma, a nível sentimental e emocional:

- Medo
- Raiva
- Surpresa
- Tristeza
- Felicidade

AUTOCONHECIMENTO



É fundamental conhecermos quais são os nossos medos, inseguranças e limitações, para que estejamos mais aptos para superar as nossas dificuldades e mais preparados para tomar decisões.

- Ao olharmos para dentro de nós, ou seja, ao conhecermo-nos, conseguimos abrir os olhos e observar com mais clareza os relacionamentos externos, quer seja no trabalho ou na vida pessoal.

INTERAÇÃO SOCIAL



INTERAÇÃO SOCIAL



- A comunicação não verbal é essencial para entender os outros.
- Contudo, recorremos maioritariamente à comunicação verbal: FALA. Esta é muito importante na interação social.
- Assim, a conversa pressupõe um entendimento por parte das pessoas em interação, que procuram partilhar informação e conhecimentos.

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL



- O modo como nos relacionamos com as pessoas, reflete o nosso estado interior, ou seja, o que nós sentimos.
- Quando as pessoas com quem convivemos não vão ao encontro das nossas expectativas e dos nossos objetivos, deve-se repensar nessas mesmas relações procurando a mudança, seja ela interior ou exterior.

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Ao relacionarmos-nos com uma pessoa ou um grupo, procuramos sempre:

Ser aceite, apesar das nossas diferenças

Ser membro ativo deste relação

Ser valorizado



ASPETOS A TER EM CONTA PARA UM BOM RELACIONAMENTO



EMPATIA:

- É a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro.
- Cada um de nós tem características que nos tornam pessoas únicas e singulares.
- Assim, é importante aceitar as diferenças dos outros, respeitando e compreendendo.



ADAPTAÇÃO

- É importante que consigamos adaptar o nosso discurso de acordo com a situação em que nos encontramos.
- Ao sermos claros e objetivos a(s) outra(s) pessoas conseguem compreender-nos melhor, facilitando a comunicação.



ATENÇÃO

- Logo no início da interação com a(s) outra(s) pessoa(s), é importante estarmos atentos e abertos a toda a informação que nos é transmitida. O que irá demonstrar interesse.
- Ao ser um bom ouvinte, os outros sentir-se-ão compreendidos, revelando preocupação e consideração pela opinião dos outros.



EXPOSIÇÃO

- É importante expormos as nossas ideias e opiniões em determinado contexto, de forma a nos mantermos membros ativos da conversa.
- Ao falarmos sobre nós mesmos, o(s) outro(s) sentirão que confiamos neles, facilitando a aproximação e partilha.



Abraçar as diferenças

- Convivermos com pessoas com personalidades diferentes nem sempre é um aspeto negativo, uma vez que pode contribuir para a aprendizagem e partilha de opiniões.
- Mesmo quando temos de lidar com alguém que não nos agrada, devemos nos esforçar para manter a tolerância, porque podemos ser surpreendidos.



A partilha de opiniões, crenças e pensamentos relacionam-se, não só com o relacionamento interpessoal em si, mas também com a solidariedade das relações que mantém com os outros.

ANEXO C8

Folheto informativo Relacionamento Interpessoal

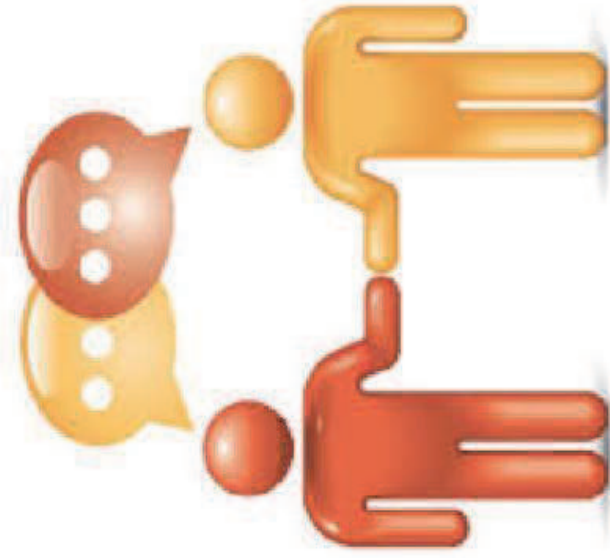
Como ter um bom relacionamento com o outro?

- **Empatia:**
É a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro.
É importante aceitar as diferenças dos outros, respeitando e compreendendo.
- **Adaptação:**
Ao adaptarmos o nosso discurso a(s) outra(s) pessoa(s), conseguimos compreender-nos melhor, facilitando a comunicação.
- **Atenção:**
Logo no início da interação com a(s) outra(s) pessoa(s), é importante estarmos atentos e abertos a toda a informação que nos é transmitida. O que irá demonstrar interesse.
- **Exposição:**
É importante expormos as nossas ideias e opiniões em determinado contexto. De forma a nos mantermos membros ativos da conversa.
- **Abraçar as diferenças:**
Convivermos com pessoas com personalidades diferentes, nem sempre é um aspeto negativo, uma vez que, poderá contribuir para a aprendizagem e partilha de opiniões.

Relacionamento Interpessoal



A maneira como nos relacionamos com os outros e qualidade dessas relações é muito importante para um bom relacionamento interpessoal.



Auto-conhecimento

Para que exista um bom relacionamento com os outros, é importante que a pessoa seja capaz de ser conhecer a si próprio.

Ao pensar sobre as suas características e habilidades pessoais e ao aprender a conhecer-se melhor, a pessoa será capaz de obter um melhor relacionamento com os outros.

O autoconhecimento deriva da capacidade que a pessoa tem de refletir sobre si mesma, a nível sentimental e emocional. Assim, será capaz de saber quando sente:

- Medo
- Raiva
- Surpresa
- Tristeza
- Felicidade



A conversa pressupõe um entendimento por parte das pessoas em interação, que procuram partilhar informação e conhecimentos.

Quando as pessoas com quem convivemos não vão ao encontro das nossas expectativas e dos nossos objetivos, deve-se repensar nessas mesmas relações procurando a mudança.

Esta mudança pode partir de nós, no qual teremos que ser nós a mudar, ou dos outros.

Quando nos relacionamos com os outros, procuramos sempre:

- Ser aceites, apesar das nossas diferenças
- Ser ativo na relação
- Ser valorizado

ANEXO C9

Apresentação Sexualidade na Mulher

Sexualidade na Mulher

18 de maio de 2019

- Há umas décadas atrás, as mulheres eram consideradas:
 - Assexuadas,
 - Submissas,
 - Passivas,
 - Sem poder.
- Tinham como objetivo casar, cuidar da casa e criar os filhos.

- Com o passar dos anos, as mulheres começaram a ter um papel mais ativo na nossa sociedade, assim como a conquista de direitos.

- Atualmente, existem três instintos básicos que dirigem a conduta da pessoa:
 - Instinto de conservação (manter a vida)
 - Instinto social (relacionamento com os outros)
 - Instinto sexual (preservação da espécie)

Sexualidade

"Energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS)

Sexualidade

- É caracterizada por uma série de crenças, comportamentos, relações e entidades sociais, que se modelam ao longo do tempo.
- Não é necessariamente um sinónimo de relação sexual, mas sim de admiração do próprio.

Sexualidade

- Pode ser vista, como a procura de prazer e descoberta de sensações, provocadas pela atração e pelo toque, com objetivo de obter satisfação dos desejos corporais.

A perceção que temos sobre a sexualidade varia consoante:



Sexualidade

- Remete para um universo onde tudo é relativo e pessoal:
 - Manifesta-se de forma diferente em cada um de nós;
 - Varia de acordo com a nossa realidade e as experiências vivenciadas.

Direitos humanos referentes à sexualidade



A sexualidade é algo que deve ser integrado na vida da pessoa

- **Apresenta:**
 - Dimensão psicológica
 - Dimensão erótica
 - Relação heterossexual

Dimensão psicológica

- Área da atração e do desejo.
- É nesta dimensão que entram os sentimentos.
- Campo da sensualidade.
- Associada ao surgimento de emoções neste âmbito.

Dimensão erótica

- O tipo de linguagem mais comum é a ternura, que se manifesta pela vontade e necessidade de dar e receber carinho.
- A sexualidade não se encontra apenas nos órgãos sexuais, mas sim em todo o corpo.

Relação heterossexual

Nesta relação, não se deve guiar apenas pelo impulso biológico, mas também pela capacidade de amar e de se doar plenamente.

É importante que haja realização por ambas as partes, assim como, compromisso, respeito e fidelidade.

Sexualidade no homem e na mulher

» Diferenças de género

- A função masculina é caracterizada pela centralidade do pénis (orgão sexual) e pela simplicidade do seu funcionamento.
- A função sexual feminina, por sua vez, enfatiza as representações tradicionais, que dão lugar às dimensões:
 - Psicológica
 - Emocional
 - Relacional

- Geralmente, a mulher dá mais importância à comunicação que à relação sexual.
- Existe a necessidade de se sentir amada, desejada e atraente, de forma a que as suas necessidades emocionais sejam satisfeitas.

Disfunção sexual

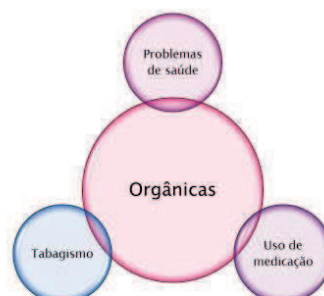
- Existem vários aspetos que podem levar a pessoa a apresentar alterações ou perturbações no seu ciclo de resposta sexual.
- O que pode levar a dificuldades ou disfunções sexuais, impedindo uma vida sexual satisfatória e gratificante.

- Entre 40 a 45% das mulheres, e de 20 a 30% dos homens, apresentam queixas relacionadas com disfunções sexuais.
- Estados depressivos e distúrbios psíquicos podem trazer consequências para a vida sexual da pessoa, e consequentemente, disfunção sexual.

- As tensões no trabalho têm grande impacto na função sexual do indivíduo, especialmente na mulheres.
- Assim, a profissão, mas também o nível socioeconómico, a cultura e problemas familiares, podem ser geradores de stress. Interferindo com o desejo sexual.

- A disfunção sexual é caracterizada pela alteração da resposta ao estímulo sexual, que pode ir desde:
 - Diminuição de desejo sexual, assim como, da excitação.
 - Ausência de desejo sexual e perda de excitação.

Causas das disfunções sexuais

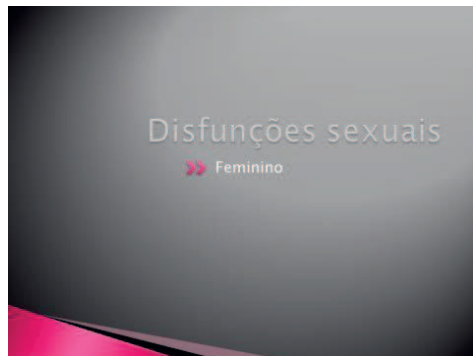


Psicológicas



Origem das disfunções sexuais

- Fatores com o companheiro
- Fatores interpessoais
- Fatores de vulnerabilidade individual
 - Baixa imagem corporal
- Comorbilidade ou fatores de stress
 - Ansiedade
 - Depressão
- Fatores culturais ou religiosos
- Fatores médicos



Desejo sexual hipotivo

- Queixa mais comum em mulheres com relacionamentos de longa data.
- É caracterizada pela diminuição ou ausência total de desejo sexual.
- Evitamento de contacto físico íntimo.

Fatores contribuintes:

- Falta de companheirismo
- Conflitos nas relações
- Sentimentos de mágoa, vingança
- Rotina relacional
- Disfunção sexual masculina
- Alterações hormonais
- Determinados medicamentos
- Ansiedade e depressão

Aversão sexual

- Aversão ao contacto sexual e posterior evitamento de todo ou quase todo o contacto sexual.
- Atitudes negativas face ao sexo, educação sexual repressiva, historial de violência, são alguns fatores contribuintes.

Perturbação da excitação sexual

- Dificuldade em adquirir ou manter um estado de excitação sexual adequada, até a atividade sexual.
- Associada à ausência ou diminuição da lubrificação vaginal.

Perturbação da excitação sexual

- Dificuldade em adquirir ou manter um estado de excitação sexual adequada, até a atividade sexual.
- Associada à ausência ou diminuição da lubrificação vaginal.

Perturbação do orgasmo

Dificuldade ou incapacidade recorrente de atingir o orgasmo.

Doenças neurológicas, alterações hormonais, uso de determinados medicamentos, álcool e consumo de drogas e atitudes negativas em relação à atividade sexual, podem ser alguns fatores contribuintes.

Dispareunia

- Dor persistente ou desconforto genital e/ou pélvico e pode ocorrer antes, durante ou após o ato sexual.
- A dor pode ser mais superficial, no qual a mulher sente algum desconforto, ou profunda, estando presente uma dor aguda forte.

Fatores contribuintes:

- Inflamações ginecológicas
 - Infecções urinárias
 - Infecções genitais
- Fatores relacionais
- Conflitos psicosssexuais
 - Educação sexual repressora
- Ausência de desejo sexual

Vaginismo

Dificuldade em tolerar a penetração, devido a contração involuntária recorrente, dos músculos vaginais.

A falta de informação e crenças erradas sobre a sexualidade, assim como a falta de experiência sexual, o medo e experiências anteriores dolorosas, podem estar na sua origem.

Disfunções sexuais

» Estratégias de intervenção

- O tratamento dos problemas sexuais envolve medidas gerais, de forma a diminuir os sintomas somáticos e psíquicos.

- Além disso, também fornecem medidas específicas para cada tipo de disfunção sexual, de forma individualizada.

- As estratégias de intervenção, passam pela educação sexual, sendo muitas vezes importante, a orientação sexual para o casal.

Orientação sobre a anatomia da genitália e esclarecimento sobre a resposta sexual humana.

Importância do diálogo entre o casal, de forma a que se estabeleça o equilíbrio familiar.

- 
- 1. Dessensibilização lenta e progressiva de crenças e medos.
 - 2. Estratégias de relaxamento muscular.
 - 3. Prescrição de lubrificantes vaginais.
 - 4. Mudança de estilo de vida.

ANEXO C10

Apresentação Treino de Resolução de Problemas



Todos nos deparamos com problemas ao longo da vida



Imaginemos que estamos perante um problema de matemática:

- O que precisamos para resolver esse problema?



Resolução de problemas

- Tal como no problemas matemáticos, quando nos deparamos com problemas ao longo da vida, tentamos arranjar uma maneira de o resolver.
- Contudo, nem sempre temos os mecanismos necessários para essa resolução.
- É caracterizada pela tentativa de alcançar um determinado objetivo.

Resolução de problemas

Existem vários aspetos que afetam a nossa capacidade para resolver os problemas, tais como:

- Alterações ao nível do sono
- Falta de motivação
- Falta de expectativas
- Dificuldade de concentração
- Cansaço frequente
- Preocupação excessiva



Ansiedade e resolução de problemas

A ansiedade tem um papel importante na resolução de problemas:

- Ajuda-nos a preparar para o perigo
- Antecipação de obstáculos
- Permite que estejamos mais atentos e que consigamos enfrentar os problemas.

Ansiedade e Resolução de Problemas

Contudo, quando os níveis de ansiedade são muito elevados, acaba por ser prejudicial na resolução de problemas:

- A antecipação de obstáculos, muitas vezes inexistentes, acaba por prejudicar a resolução do problema, dificultada pela incapacidade em racionalizar o problema.

A Ansiedade pode ser prejudicial na resolução de problemas:



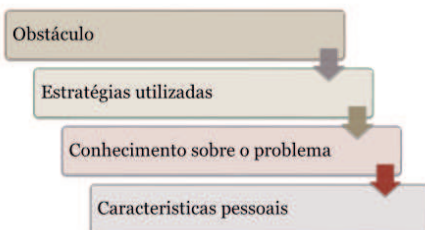
Como definir o problema?

- É uma caminhada, com o objetivo de nos levar a algum lado, diferente do inicial, mas sem o conhecimento de como lá chegar.
- É algo que perturba a nossa paz e harmonia.
- Representam uma forte necessidade em ultrapassar uma dificuldade.



- Ao surgir o problema, é importante encontrar soluções para o resolver.
- Para conseguirmos resolver algo, temos que dar algum tempo para definirmos o problema.
- Ou seja, é a forma como o caracterizamos que nos vai ajudar a clarificar uma solução.

A resolução de problemas depende:



Técnicas de Resolução de Problemas



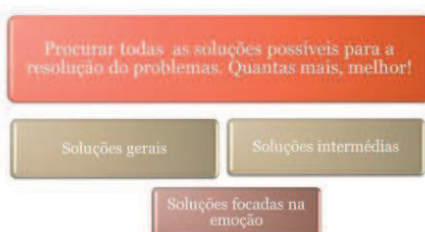
Orientar para o problema:

- Reconhecer o problema no momento em que ocorre
- Ver o problema como algo normal no dia a dia
- Todos nós somos capazes de resolver um problema com esforço e dedicação

Tornar o problema mais claro:



Encontrar soluções:



Encontrar soluções:

- Rever quais as soluções que não correram bem no passado, tentando resolver o problema de outra maneira;
- Verificar quais são os prós e os contras de cada solução

Identificar os obstáculos:

- Aspectos conflituosos na resolução dos problemas
- Comprometimento cognitivo
 - Falta de atenção e concentração
 - Dificuldade em perceber o problema
- Sobrecarga emocional
 - Ansiedade
 - Depressão

Identificar os obstáculos:

- Distorções cognitivas, tal como negatividade
- Fatores sociais
- Problemas práticos, tais como, falta de tempo e de recursos
- Fatores estratégicos, como o perfeccionismo

Decidir:

- Prever quais as soluções possíveis para cada proposta:
 - Consequências positivas e negativas, a curto e longo prazo.

Decidir:

- Preparar os possíveis resultados para cada solução proposta:
 - De acordo com a capacidade da pessoa para resolver o problema;
 - De acordo com o tempo e esforço aplicado;
 - De acordo com o bem estar/mal estar que a solução provoca.

Decidir:

- Preparar a aplicação da solução:
 - Definir tarefas principais
 - Definir recursos
 - Definir prazos
 - Definir sistema de controle
- Decidir!

Implementar a solução:



ANEXO D1

Apresentação A Importância da Medicação

A IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO



Porque tenho que tomar tantos comprimidos?



Os medicamentos que tomam têm funções diferentes, mas que se complementam.



Estatinas

Diminuição do colesterol
Efeito anti-inflamatório nas placas de arteroesclerose.



Os medicamentos que toma têm funções diferentes que se complementam



A maioria da medicação serve para tomar toda a vida.

Depois do enfarte, os doentes serão sempre pessoas de risco aumentado de ter, novamente, um enfarte.

Os efeitos positivos da medicação fazem-se sentir toda a vida



Aspirina: Evita que os stents fechem.	Lisinapril e Bisoprolol: Protege o coração e evita novo enfarte.	Estatinas: Mesmo com o colesterol normal, evita as placas de gordura se romperem.
---	--	---

ANEXO D2

Apresentação A Solidão

A Solidão



O QUE É A SOLIDÃO?



- "Muitos de nós no mundo de hoje, estamos a viver à beira de uma vida solitária. Um número significativo de pessoas experienciam os efeitos nocivos da solidão. Deixando-nos debilitados, deprimidos e desmoralizados" (Sadler, 1987).

O QUE É A SOLIDÃO?



- A solidão é um tema bastante complexo, tendo em conta a sua singularidade. A sua definição altera de pessoa para pessoa e portanto, tem muitos significados. No entanto, tem uma característica que é comum a todos nós: "*sensação de falta*". Assim cada indivíduo experiencia de forma diferente de forma única a solidão.

O QUE É A SOLIDÃO?



- É um sentimento, no qual existe a sensação de carência absoluta, quer seja em relação a uma pessoa ou grupo de pessoas, a ambições ou até mesmo a objetivos.
- Independentemente das causas ou acontecimentos, é comum que a solidão leve ao sentimento de vazio e à sensação de que não somos desejados.

O QUE É A SOLIDÃO:

- "... uma **condição estável de mal-estar emocional** que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada por outras pessoas que outrora foram parceiros sociais apropriados para as atividades desejadas".

O QUE É A SOLIDÃO?



- Não é definida como "estar sozinho", mas sim "sentir-se sozinho". É então a percepção que fazemos do acontecimento.
- Ou seja, estar rodeado de pessoas, não invalida o facto de nos sentirmos, mesmo assim, sozinhos.
- Facilmente pode ser confundida com isolamento, abandono, incomunicação e clausura.

O QUE É A SOLIDÃO?



- Do ponto de vista social, esta provém da marginalização social. Ou seja, da exclusão da pessoa por parte da sociedade.
- Esta exclusão pode dever-se à inadaptação à "normalidade" ou pela recusa em seguir algumas normas.
- Assim, a solidão está muitas vezes associada à não aceitação da diferença.

O QUE É A SOLIDÃO

- "Experiência excessivamente desagradável e motriz ligada a uma descarga desadequada da necessidade de intimidade humana, de intimidade interpessoal".



O QUE É A SOLIDÃO?



- Experiência associada à discrepância entre o relacionamento que temos com os outros VS o relacionamento que idealizamos.
- Experiência desagradável, proveniente do relacionamento social deficitário da pessoa.
- Surge da necessidade (não encontrada) de intimidade pessoal, com insatisfação na qualidade dos contactos.

DEVIDO À SOLIDÃO, AS PESSOAS TORNAM-SE MUITAS VEZES, DEBILITADAS, DEPRIMIDAS E DESMORALIZADAS

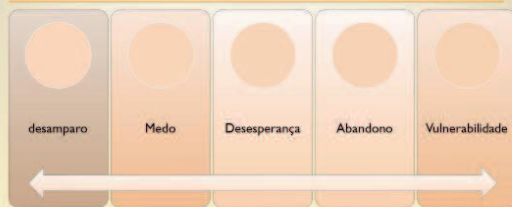


DESTA FORMA, A SOLIDÃO E AS SUAS IMPLICAÇÕES, SÃO SENTIDAS EM QUALQUER CULTURA E ESTÃO ASSOCIADAS:

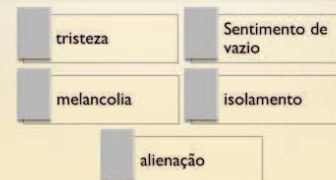
- Depressão
- Suicídio
- Hostilidade
- Alcoolismo
- Baixo autoconceito
- Doenças psicossomáticas

SENTIMENTOS ASSOCIADOS À SOLIDÃO

DESESPERO



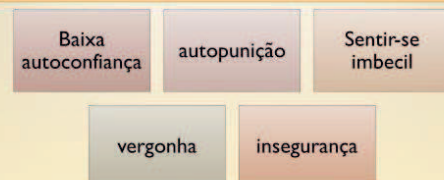
DEPRESSÃO




ABORRECIMENTO



AUTO DEPRECIÇÃO





O QUE PODE LEVAR À SOLIDÃO?

“SENTIR-SE SOZINHO NO MEIO DA MULTIDÃO”

- A solidão social e emocional estão ligadas, à falta de amizade e de relações íntimas.
- São vários os fatores que podem contribuir para a solidão, aumentando a sua vulnerabilidade.
- Esses mesmos fatores, levam a que seja mais difícil para a pessoa se reestabelecer na sociedade, dificultando o relacionamento interpessoal.

ISOLAMENTO FÍSICO

- A mudança do estilo de vida poderá estar associada ao isolamento físico. As suas causas podem ser muito variadas:
 - Alteração das condições no trabalho
 - Mudança do local de residência (ir viver para outra cidade, ou até mesmo outro país).

MUDANÇA NO AMBIENTE FAMILIAR

Divórcio


Morte de um ente querido

Separação da família

Baixa autoestima

Baixa autoconfiança

Dificuldades na relação



SUGESTÕES PARA SUPERAR A SOLIDÃO

- A solidão pode ser vista como um sinal de que algo na nossa vida deve ser alterado, com o objetivo melhorar o nosso bem estar.
- É importante rever os efeitos que a solidão tem na nossa vida, física e mentalmente.



- Assim, será possível avaliar os fatores/causas que levam a este sentimento e mudar, progressivamente, determinados pensamentos e comportamentos.

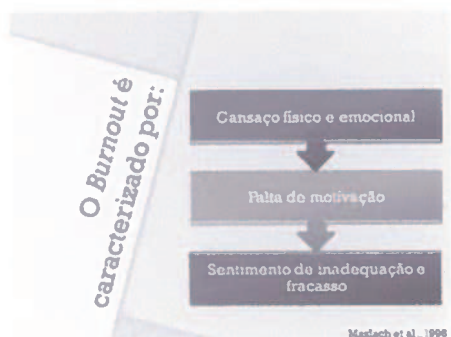
- Uma boa estratégia para combater a solidão, é serviço comunitário, ou outra atividade na comunidade que goste. Estas permitem que estejamos em contacto com a sociedade.

- Relacionar-se com os outros, dando-se a conhecer e partilhando atitudes, interesses e valores, semelhantes ou não, é também uma estratégia para enfrentar a solidão.
- É importante pensar positivamente em relação aos outros, e sobretudo, sobre si mesmo.
- De mente aberta, apto a novas experiências, com confiança e se medo da rejeição.

ANEXO E1

Apresentação Burnout em Profissionais de Saúde

Burnout em Profissionais de saúde



Stress VS Burnout

- “Ultrapassa o conceito de stress psíquico”
- “Resulta de tensão prolongada”
- “Contrariamente ao stress que é um processo de adaptação resultante de tensões passageiras”



Burnout

- “Resulta de stress profissional persistente e tensões contínuas.”
- “Rutura na adaptação que resulta num desequilíbrio a longo termo entre exigências profissionais e os recursos do indivíduo.”

Burnout

“É devido essencialmente ao stress crónico associado à falta de condições no trabalho e às exigências das tarefas, surgindo mais frequentemente nos profissionais de ajuda.”

Burnout em Profissionais de Saúde

- “Trabalhar em contextos de saúde requer que o profissional tenha maturidade, para que seja capaz de tomar decisões.”
- “Além disso, muitas vezes existe conflitos no relacionamento interpessoal entre colegas e superiores.”

Almeida e Gomes, 2006

Burnout em Profissionais de saúde

“As falhas na comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes causam insatisfação e raiva nos mesmos e na sua família, podendo inclusivamente provocar o aumento do risco de litígio entre o profissional e o doente resultando na quebra da relação terapéutica.”

Levinsen et al., 1997



Síndrome de Burnout

Operacionaliza-se em três dimensões:
Exaustão emocional,
Despersonalização
Realização pessoal.

Exaustão Emocional

“ Dimensão básica do stress no burnout, sendo o ponto-chave desta síndrome.

“ Refere-se à sensação de esgotamento de energia, sobrecarga emocional e de esgotamento de recursos emocionais.

Despersonalização

“ Dimensão interpessoal da síndrome de burnout.

“ Expressa-se por uma atitude negativa, cinica e distante em relação aos outros.

Reduzida realização pessoal

“ Sentimentos de diminuição de competências e produtividade no trabalho, de baixa autoeficácia e desmotivação.

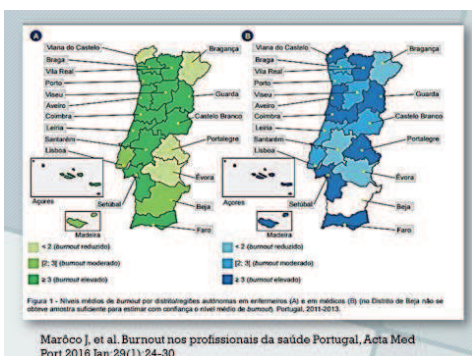
Pereira, 2002;
Maslach, 2003

Em Portugal

O antigo Ministro do Trabalho e da Segurança Social, Bagão Félix, refere que quase 500.000 pessoas faltam diariamente ao trabalho, no qual metade são por razões físicas e a outra metade por causas desconhecidas.

Num estudo sobre saúde (Soares, 2004), divulgado pelo Eurostat, é referido que os portugueses são os europeus que mais sentem stress (40%).

A nível nacional, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde amostrados apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado (Marôco et al, 2016)



- ✓ Predominância de sintomas disfóricos:
 - Esgotamento mental ou emocional
 - Fadiga
 - Depressão
- ✓ Ênfase nos sintomas mentais e comportamentais sobre os sintomas físicos.

- ✓ Relação entre estes sintomas e o trabalho
- ✓ Aparecimento de sintomas em pessoas sem história prévia de perturbação psicopatológica
- ✓ Diminuição da eficácia e desempenho no trabalho
 - Atitudes
 - Comportamentos negativos

Table 4.1 Reported symptoms of staff stress and burnout

- Physical**
- Physical exhaustion
 - Lingering minor illnesses
 - Headaches and back pain
 - Sleeplessness
 - Gastrointestinal disturbances
 - Malaise
- Behavioural**
- Readiness to be irritated
 - Proneness to anger
 - Increased alcohol and drug use
 - Marital and relationship problems
 - Inflexibility in problem-solving
 - Impulsivity and acting-out
 - Self-righteousness
 - Withdrawal from non-colleagues
- Cognitive/affective**
- Emotional numbness
 - Emotional hypersensitivity
 - Over-identification with patients
 - Caref and apathy
 - Pessimism and hopelessness
 - Boredom and cynicism
 - Indecision and inattention
 - Depression

Source: Miller (1991), based on data in Greer and Meir (1986), Kottan and Mekland (1987), Ulrich and FitzGerald (1988), McElroy (1982), Malach and Jackson (1982).

Fatores que desencadeiam o Burnout



Fatores sociodemográficos

Fatores característicos do trabalho

Fatores organizacionais

Fatores sociais

Quadro 1 - Fatores antecedentes da síndrome de burnout

Fatores sociodemográficos	Fatores característicos do trabalho
Sexo Género Nível educacional Estado civil Nº de filhos Personalidade Sentido de coerência Idealismo	Tempo de profissão Trabalho por turnos Relação com o doente Relacionamento com os colegas de trabalho e com os superiores Pressões na atividade ocupacional Expectativas Ambiguidade de papéis Satisfação na atividade ocupacional Feedback Níveis éticos Sentimento de injustiça nas relações laborais
Fatores organizacionais	Fatores sociais
Ambiente físico Mudanças organizacionais Normas institucionais Segurança Comunicação Autonomia	Apoio social Apoio familiar Aspecto cultural Prestígio social

Fonte: Benevides-Peteca, A.M.T. 2002. *Burnout: Quando o Trabalho Ameaça a Bem-*

Idade: O nível de burnout é descrito como sendo superior nos indivíduos mais jovens (início da carreira), do que entre aqueles com mais de 30 ou 40 anos de idade

Género: este não tem sido descrito como um forte preditor da síndrome de burnout (maior pontuação na despersonalização nos homens e na exaustão nas mulheres- papel social)

Estado civil: Indivíduos solteiros (especialmente os homens) parecem apresentar maior propensão ao stress em comparação com os casados

Nível educacional: indivíduos com maior nível de escolaridade os que apresentam níveis de burnout superiores (grau académico mais elevado têm profissões que exigem níveis de responsabilidade superiores e têm expectativas mais elevadas quanto à profissão).

Traços de personalidade: baixos níveis de personalidade resistente, assim como um locus controlo externo e estratégias de coping de fuga/evitamento influenciam a ocorrência da síndrome

Sobrecarga de trabalho

“Está associada à síndrome de burnout, mais especificamente com a dimensão exaustão.


“Com um maior desgaste físico e emocional, verifica-se uma baixa produtividade laboral e redução da satisfação no trabalho e na vida pessoal.

(Wall et al., 2014; Shanafelt et al., 2012).

Tempo de profissão

“Processo de deterioração e desgaste progressivo ao longo dos anos de profissão ou indivíduos mais jovens devido à pouca experiência profissional ou o pouco tempo de trabalho na organização

Horários



O trabalho dos profissionais de saúde é extremamente desgastante devido às exigências da prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos.

O trabalho por turnos, em particular o noturno, afeta cerca de 20% dos trabalhadores.

Uma carga horária muito pesada pode levar ao desgaste emocional, físico e cognitivo.

(Pereira e Lima, 2018)

Aumento da tarefas burocráticas

“ Maior tensão e responsabilidade sobre estas tarefas, tal como a perda de autonomia.

“ Também se verifica diminuição da qualidade nos cuidados para com os pacientes associada a estas tarefas, uma vez que existe maior dificuldade em prestar o cuidado pretendido.

(Jensen et al., 2006)

(American Medical Association, 2014)

Relação com o doente

“As principais dificuldades são o contacto com doentes agressivos, depressivos, grupos de risco, situações de sofrimento e morte.

“À medida que se torna mais próxima a relação do profissional com o doente, maior é a probabilidade de desenvolver a síndrome de burnout.

(Pereira, 2002).

Relacionamento entre os colegas de trabalho

“perceção de um sentido de união bem como de um ambiente de respeito e consideração pelo trabalho desenvolvido, pode ser um contributo para diminuir a probabilidade de desenvolver Burnout.

Quando o trabalho não corresponde às expectativas

“Por exemplo, devido à insegurança ou informação insuficiente sobre a função a desempenhar.

Ambiguidade de papéis

“Quando as regras do serviço, bem como os direitos e objetivos não são claramente expostos por parte das organizações, pode gerar um ambiente de conflito .

Ausência de feedback

“Tanto da parte daqueles que usufruem dos serviços como dos superiores hierárquicos, tem também sido apontada como desencadeadores de burnout.

Injustiça e Desigualdade

“Direitos e deveres distintos na mesma atividade profissional, salários diferenciados no mesmo cargo, ascensão profissional por formas ilícitas nas relações laborais.

Obrigado a agir em desacordo com os seus princípios

“Levando a um grande desconforto, pois o seu desempenho vai contra as suas noções éticas incorporadas

Oportunidade que o trabalho oferece

“Se as oportunidades forem demasiado escassas ou, pelo contrário, excessivas, podem converter-se numa fonte de stress

BURNOUT

Prevenção do Burnout

“Uma vez reconhecido o burnout como consequência de vários fatores e como uma ameaça real o psicólogo deve ser indicado

“Cada categoria de causas exige medidas específicas, individuais, organizacionais ou relacionais

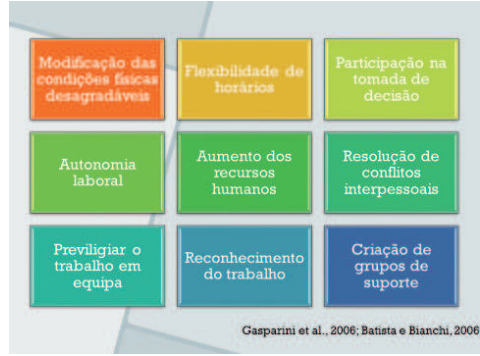
Estratégias de intervenção na síndrome de burnout



“Marques Teixeira (2002) e Queirós (2005), assumem igualmente a importância do suporte social no sentido da prevenção do burnout, quer seja o suporte social organizacional quer se trate do suporte social pessoal.

Estratégias organizacionais

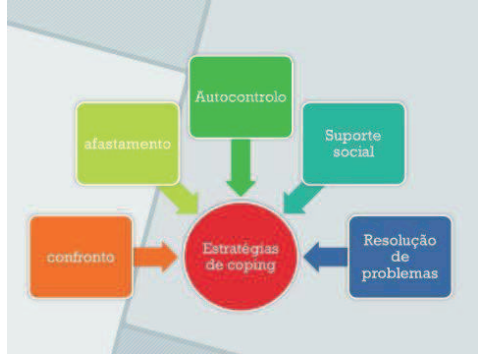
A sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, relações conflituosas com os colegas, dificuldade em conciliar o trabalho e a família, recursos humanos e materiais insuficientes favorecem o desenvolvimento da síndrome de burnout.



Estratégias individuais

“Embora o profissional de saúde se sinta exausto no trabalho, desvaloriza a sua qualidade de vida e saúde mental, o que afeta o seu bem-estar.”
Chapex, 2002

“Assim, é necessário cultivar hábitos que contribuam para a manutenção do seu equilíbrio físico e mental.”



Estratégias de coping

“As estratégias de coping ativo como a resolução de problemas e o coping de confronto estão positivamente ligados aos sentimentos de realização profissional.”

“Quanto maior aplicação das estratégias de coping menor é o sentimento de exaustão.”

Greenglass, Burko e Konarski (1998); Mazon, Carliotto e Câmara (2008)

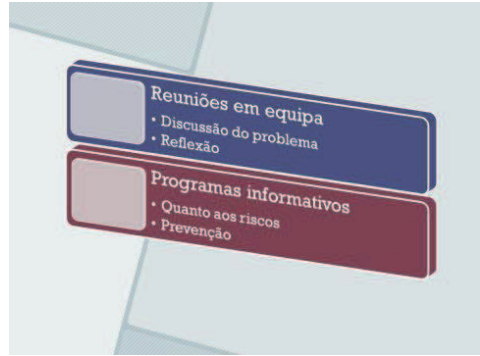


Estratégias combinadas

São estratégias coletivas com o objetivo de obter o equilíbrio frente às ameaças que se vão apresentando no trabalho.

A prevenção do Burnout deve contemplar ações conjuntas, envolvendo estratégias organizacionais e individuais.

Santos et al., 2006



Estas ações são relevantes na medida em que proporcionam a integração da equipa, promovem a troca de experiência e apoio mútuo e reduzem a tensão no ambiente de trabalho.

Estratégias de comunicação

“ A implementação de uma comunicação eficaz é cada vez mais reconhecida como uma ferramenta essencial na clínica (Gysels, Richardson & Higginson, 2005).

“ Na prática médica, a comunicação efectiva entre o técnico de saúde e o paciente tem sido reconhecida como uma estratégia clínica central.

Bibliografia

- Demir, A. Ulosoy, M. Ulosoy, M. F., 2003. Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, p. 807-827.
- Karamkola, M., Papathanassoglou, E., Giannakopoulou, M., Koutoubas, A., 2007. Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 15, p. 78-90.
- Maróco J, et al. Burnout nos profissionais da saúde Portugal. *Acta Med Port* 2016 Jan;29(1):24-30
- Maslach, C., 2003. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *American Psychological Society*, 12 (5), p. 189- 192
- Pereira, B., 2002. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 21-72.
- Soares, J.J.F. Grossi, G. Sundin, O., 2007. Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10, p. 61-71.
- Soler, J.K. et al., 2008. Burnout in European family doctors: the EGPRN Study. *Family Practice*, 25, p. 248-265.
- Zapf, D. Seifert, C. Schmutte, B. Merini, H., 2008. Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16, p. 527-545.

ANEXO E2

Apresentação Síndrome de Burnout nos Médicos

Síndrome de Burnout nos Médicos

Burnout

- O termo Burnout, deriva do verbo inglês "to burn out" que significa "queimar por completo" ou "consumir-se".
- Surgiu pela 1ª vez pelo Psicanalista Freudenberg
- Resulta de stress profissional persistente e tensão contínuas
- Considera-se uma rutura na adaptação, em que resulta num desequilíbrio a longo termo entre exigências profissionais e os recursos do indivíduo.

França, Oliveira, Lima, Melo & Silva, 2014



O Burnout é caracterizado por:

Cansaço físico e emocional

Falta de motivação

Sentimento de inadequação e fracasso

Maslach et al., 1996

Stress versus Burnout

Stress

É um processo de adaptação temporário, resultante de tensões passageiras.

Burnout

Ultrapassa o conceito de stress psíquico e resulta de tensão prolongada.

França, Oliveira, Lima, Melo & Silva, 2014; Traugott, 2005

Burnout nos Médicos

Burnout nos médicos

- O Burnout nas profissões de saúde, parece ser induzido pelo contacto intenso e emocionalmente carregado com os pacientes

Considera-se que 52,4% dos médicos estão em burnout

(Costa, 2011; Fresquinho, 2005)

Causas de Burnout nos médicos

Usualmente, estão presentes motivações intrínsecas como: altruismo, humanismo, valorização do ato praticado

As altas expectativas que geram ilusões no contacto com a realidade e posteriormente emergem inutilidades frustrações

A falta de reciprocidade nas profissões de saúde é um conceito basico para compreender o burnout, pois é um sinal de desequilíbrio entre o investimento e os resultados.

(Rosa & Carloto, 2005)

Causas de Burnout nos médicos

A exaustão emocional que se exprime com a perda de energia

O nível de carência emocional dos pacientes e as características organizacionais do proprio trabalho apresentam-se entre fatores cruciais

Quanto mais altas forem as exigências dos doentes e o seu nível de dependência do trabalho médico, maior e a probabilidade de aparecimento de burnout

(Costa, 2011; Rosa & Carloto, 2005)

Causas de Burnout nos médicos

Lidar com o sofrimento e a morte dos doentes → um importante fator de *stress*

As funções burocráticas que acompanham a consulta

É exigido ao médico que mantenha uma postura apresentável e tranquila, quando por vezes existe inquietação interna.

(Costa, 2011; Rosa & Carlotto, 2005)

Formação Profissional

➤ A evolução na carreira médica depende de várias etapas exigentes, que requerem sacrifícios emocionais e pessoais para alcançar a recompensa intelectual.

(Costa, 2011)

Representação Social

➤ O médico é frequentemente colocado em posições extremas, sendo visto como aquele capaz de preservar a vida.

(Costa, 2011)

Condições de trabalho

Por vezes, escassez dos recursos materiais e humanos

Desadequação das instalações

Sobrelotação das salas

Logo, aumentam o stress no médico

Propiciam à agressividade dos utentes

(Costa, 2011)

Organização do trabalho

Horários (ex: turnos diários e noturnos)



Provocam um stress prolongado e pobre qualidade do sono

(Costa, 2011)

Burnout operacionaliza-se em três dimensões

Exaustão emocional

Despersonalização

Reduzida realização pessoal

(França, Oliveira, Lima, Melo & Silva, 2014; Maslach, 2003; Pereira, 2002)

Exaustão emocional

➤ Dimensão básica do *stress* no *burnout*, sendo o ponto-chave desta síndrome.

➤ Refere-se à sensação de esgotamento de energia, sentimentos de sobrecarga emocional e de esgotamento de recursos emocionais.

(França, Oliveira, Lima, Melo & Silva, 2014; Maslach, 2003; Pereira, 2002)

Despersonalização

➤ Dimensão interpessoal da síndrome de *burnout*.

➤ Expressa-se por uma atitude negativa, cínica e distante em relação aos outros.

(França, Oliveira, Lima, Melo & Silva, 2014; Maslach, 2003; Pereira, 2002)

Reduzida realização pessoal

- Sentimentos de diminuição de competências e produtividade no trabalho, baixa autoeficácia e desmotivação.

França, Oliveira, Lima, Melo & Silva, 2014; Maslach, 2003; Pereira, 2002

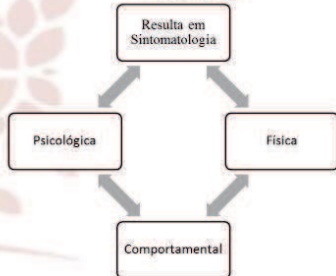
Em Portugal

O antigo Ministro do Trabalho e da Segurança Social, Bagão Félix, refere que quase 500.000 pessoas faltam diariamente ao trabalho, no qual, metade são por razões físicas e a outra metade por causas desconhecidas.

Num estudo sobre saúde (Soares, 2004), divulgado pelo Eurostat, é referido que os portugueses são os europeus que mais sentem *stress* (40%).

A nível nacional, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde amostrados apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado (Marôco et al, 2016)

Manifestações individuais do Burnout em médicos



(Miranda, 2011)

Sintomas que o Burnout pode provocar nos profissionais:

Sintomas Físicos

- Fadiga
- Dores musculares
- Gastrites e úlceras
- Afecções da pele
- Problemas cardiovasculares
- Disfunções sexuais
- Alterações de peso
- Cefaleias
- Insónias

Sintomas Psicológicas

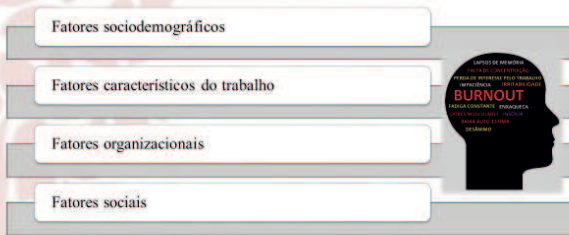
- Depressão
- Ansiedade
- Perda de autoestima
- Pessimismo
- Culpa
- Sentimento de onipotência
- Sentimento de afastamento/indiferença
- Mudança de valores
- Diminuição do empenho

Sintomas Comportamentais

- Desânimo
- Falta de pontualidade
- Frustração e raiva
- Aumento da rigidez
- Dificuldade em tomar decisões
- Resistência à mudança
- Afastamento dos colegas
- Irritação face aos colegas
- Absentismo

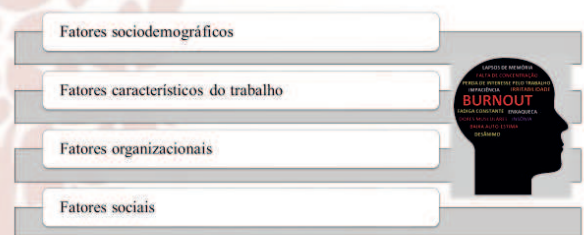
(Miranda, 2011)

Fatores que desencadeiam o Burnout



(Trigo, Teng & Hallak, 2007)

Fatores que desencadeiam o Burnout



(Trigo, Teng & Hallak, 2007)

Fatores que desencadeiam o Burnout

Fatores Organizacionais

- Ambiente físico
- Mudanças organizacionais
- Normas institucionais
- Segurança
- Comunicação
- Autonomia

Fatores Sociais

- Apoio social
- Apoio familiar
- Aspeto cultural
- Prestígio social

(Trigo, Teng & Hallak, 2007)

Fatores que desencadeiam o Burnout

Idade: O nível de burnout é descrito como sendo superior nos indivíduos mais jovens (início da carreira), do que entre aqueles com mais de 30 ou 40 anos de idade

Género: Este não tem sido descrito como um forte preditor da síndrome de burnout (maior pontuação na despersonalização nos homens e na exaustão nas mulheres- papel social)

Estado civil: Indivíduos solteiros (especialmente os homens) parecem apresentar maior propensão ao stress em comparação com os casados

(Trigo, Teng & Hallak, 2007)

Fatores que desencadeiam o Burnout

Nível educacional: indivíduos com maior nível de escolaridade, são os que apresentam níveis de burnout superiores (grau académico mais elevado têm profissões que exigem níveis de responsabilidade superiores e têm expectativas mais elevadas quanto à profissão).

Tracos de personalidade: baixos níveis de personalidade resistente, assim como um locus controlo externo e estratégias de coping de fuga/evitamento influenciam a ocorrência da síndrome.

(Trigo, Teng & Hallak, 2007)

Género

- Os médicos evidenciaram um nível de saúde mental superior relativamente as colegas do género feminino
- As perturbações de foro mental, especificamente a depressão e ansiedade, são mais prevalentes no género feminino

(Melo Silva & Silva Gomes, 2009; Gil-Monte, 2002)

Em início de carreira, os médicos são:

- Frequentemente expostos a um trabalho stressante e a fatores de risco como a falta de participação nas decisões laborais
- Trabalho por turnos
- Insuficiente compensação económica
- Insegurança no emprego
- Cerca de 90% dos internos inquiridos tem carga horária semanal a 40 horas (probabilidade de estar em burnout aumenta 12-15% por cada 5 horas a mais)
- Os médicos no início do internato são mais vulneráveis ao desgaste profissional

(Costa, 2011; Campos, 2015)

Especialidades

- A especialidade exercida, os profissionais de medicina interna evidenciaram maiores níveis de despersonalização
- Os médicos as especialidades mais *depressivas* são a ginecologia, a psiquiatria, a radiologia, a anestesiologia e a medicina interna.
- Para as médicas é a cirurgia, a psiquiatria, a ginecologia, a pediatria e a anatomia patológica

(Thomas, 2004; Trigo *et al.*, 2007; Frasquilho, 2005)

Especialidade

- A problemática é mais prevalente nos **clínicos gerais**, depois nos **médicos hospitalares** e sem significado nos com funções exclusivas de administração.
- Em emergências**, 25,2% estão na fase final de *burnout*, e 23,1% pretendem deixar actividade nos próximos cinco anos
- A especialidade de **medicina interna** tem vindo a ser referida em estudos internacionais como sendo das mais causadoras de stress

(FRASQUILHO, 2005; Thomas, 2004; Trigo *et al.*, 2007; Melo Silva & Silva Gomes, 2009; Costa, 2011)

Horário

- Para além de realizarem o trabalho por turnos, um importante, mas geral, factor de stress, os horários de trabalho médico revelam a cultura de cada vez mais horas e cada vez mais dias.

(FRASQUILHO 2005)

Sobrecarga de trabalho

- Está associada à síndrome de *burnout*, mais especificamente com a dimensão exaustão.
- Com um maior desgaste físico e emocional, verifica-se uma baixa produtividade laboral e redução da satisfação no trabalho e na vida pessoal.

(Wall *et al.*, 2014; Shanfelt *et al.*, 2012)

Tempo de Profissão

Processo de deterioração e desgaste progressivo ao longo dos anos de profissão

ou

indivíduos mais jovens devido à pouca experiência profissional

ou

o pouco tempo de trabalho na organização

(Costa, 2011)

Relação do médico com o doente e colegas

- As principais dificuldades são o contacto com doentes agressivos, depressivos, grupos de risco, situações de sofrimento e morte.
- À medida que se torna mais próxima a relação do profissional com o doente, maior é a probabilidade de desenvolver a síndrome de *burnout*.

- Perceção de **um sentido de união**, bem como de um ambiente de respeito e consideração pelo trabalho desenvolvido, pode ser um **contributo para diminuir a probabilidade de desenvolver *Burnout***.

(Costa, 2011)

Quando o trabalho não corresponde às expectativas

- Por exemplo, devido à insegurança ou informação insuficiente sobre a função a desempenhar.
- Quando as regras do serviço, bem como os direitos e objetivos não são claramente expostos, pode gerar um ambiente de conflito.

Ausência de Feedback

- Tanto da parte daqueles que usufruem dos serviços, como dos superiores hierárquicos, tem também sido apontada como desencadeadores de *burnout*.

É importante reforçar constantemente e de forma positiva os profissionais

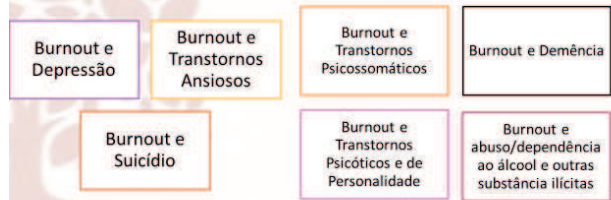
(Costa, 2011)

Fator de proteção para o burnout

- Ter filhos parece funcionar como fator protetor
- O facto de os profissionais com família serem habitualmente mais velhos, terem maior estabilidade na vida e maior maturidade psicológica, adaptando-se, em consequência, melhor ao ambiente profissional
- A relação com o cônjuge e os filhos acaba por proporcionar aos profissionais experiência e competências para lidar com problemas interpessoais e com conflitos emocionais
 - Uma experiência que se pode revelar preciosa porque o grau de empatia com os doentes

(Campos, 2015)

Burnout e possíveis transtornos associados



(Trigo, Teng & Hallak, 2007)

Consequências sociais do Burnout em médicos

- O stress ocupacional e o burnout nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos é muito importante porque afecta não só os trabalhadores e o trabalho por eles desenvolvido, mas também os utentes que são por eles cuidados.
- Os médicos com níveis altos de burnout tendem a responder menos a questões dos pacientes, negligenciando as suas opiniões quanto a tratamentos alternativos e cometem com mais facilidade erros que não derivam da sua falta de conhecimento ou experiência.

(Frasquilho, 2005)

Indivíduos mais afetados

- Estudos apuraram que esta síndrome é mais prevalente nos clínicos gerais, seguida dos médicos hospitalares
- Quanto aos colocados em emergências, 25,2% estão na fase final de burnout e 23,1% pretendem deixar a actividade nos próximos cinco anos.

(Frasquilho, 2005)

Sugestão!

- O descuido quanto à autoprotecção resume-se numa frase "EU TRATO, EU NÃO PRECISO DE SER TRATADO".

ARTIGO REVISÃO
MEDICINA, MÉDICOS E PESSOAS
 Compreender o stress para prevenir o burnout.

MARIA ANTONIA FRASQUILHO
 Serviço de Psiquiatria Hospitalar Municipal, Lisboa

(Frasquilho, 2005)

Prevenção do Burnout nos médicos

- Os níveis de burnout nos médicos têm aumentado nas últimas décadas, provocando custos diretos e indiretos para o indivíduo e para a organização
- A prevenção mais eficaz da síndrome de burnout, baseia-se na promoção do bem-estar físico, emocional, psicológico e espiritual, ao longo do percurso profissional do médico, desde a sua formação até à reforma.

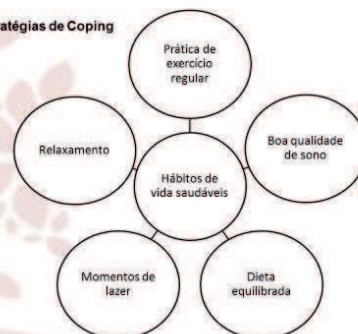
(Greenglass, Burke e Konarski 1998; Mazon, Carlotto e Cámara 2008; Moreno, Gil, Haddad & Vannuchi, 2011; Grazziano, 2008)

Estratégias de Coping

- As estratégias de coping ativo como a resolução de problemas e o coping de confronto estão positivamente ligados aos sentimentos de realização profissional
- Quanto maior aplicação das estratégias de coping, menor é o sentimento de exaustão emocional.

(Greenglass, Burke e Konarski, 1998; Mazon, Carlotto e Cámara, 2008)

Estratégias de Coping

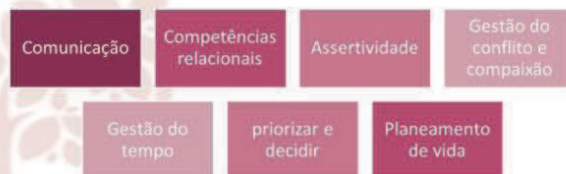


(Murta e Tróccoli, 2007; Rodrigues, 2008; Spindola e Martins, 2007)

- Justifica-se implantar programas de qualidade visando aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional:
 - a frequência de módulos de aprendizagem de perícias de *coping* com os stressores específicos da profissão e de autocuidados baseados num autodiagnóstico, dos contextos de vida e das práticas profissionais e pessoais.

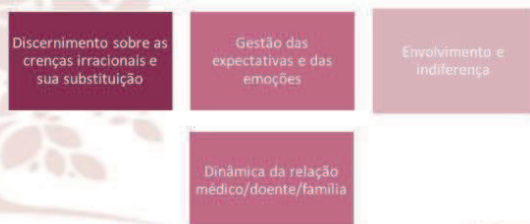
(Frasquilho, 2005)

As sessões devem focar:



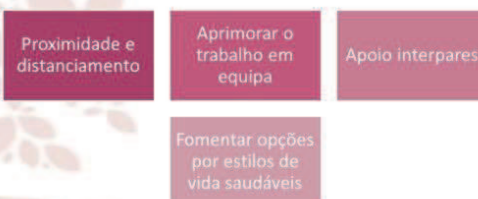
(Frasquilho, 2005)

As sessões devem focar:



(Frasquilho, 2005)

As sessões devem focar



(Frasquilho, 2005)

- **Ações formativas desta ordem dirigidas a médicos já foram realizadas com sucesso ou estão em curso**

(Frasquilho, 2005)

Psicoterapia

Desenvolvimento do autoconceito pessoal e profissional

- Progressiva reformulação cognitiva face às exigências do trabalho,

Literacia emocional

- Competências mais específicas de lidar com os problemas, com a pressão, a sobrecarga, com a dor e a responsabilidade

(Frasquilho, 2005)

O desenvolvimento do humor e do optimismo

- Das redes de socialização

A construção de uma «farmácia» de pensamentos positivos e relaxantes

- A opção por vida saudável — alimentar, não uso de tóxicos.

(Frasquilho, 2005)

Higiene do sono

Desenvolvimento de hobbies, o lazer, o exercício físico regular e a prática de relaxamento

O desenvolvimento da sensibilidade humanística e da espiritualidade

O investimento nos afectos e no apoio familiar são importantes quanto ao distress

(Frasquilho, 2005)

Referências Bibliográficas

- Carloto, M. S. (2009). A Relação profissional – paciente e a síndrome de Burnout. Encontro Revista de Psicologia, 12 (17), 7-20.
- Da Costa, M. S. P. (2009). Burnout nos médicos: perfil e enquadramento destes doentes. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.M.U.P.
- Costa, M. C. D. S. P. (2011). Burnout nos médicos perfil e enquadramento deste doente.
- De Melo Silva, M. D. C., & da Silva Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de psicologia*, 14(3), 239-248.
- Demir, A., Ulosoy, M., Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, p. 807-827.
- Escribá-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308.
- França, T. L. B., Oliveira, A. C. B. L., Lima, L. F., Melo, J. K. F. & Silva, R. A. R. (2014). Síndrome de Burnout: Características, Diagnóstico, Fatores de Risco e Prevenção. *Revista de Enfermagem*, 8 (10), p. 3539-3546. doi:10.5205/revol.6039-55477-1-ED0810201434.
- Frasilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Revista de Exemplo*, 18(6), 433-43.
- Frasilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 89-98.
- Karamikola, M., Papathanasoglou, E., Giannakopoulou, M., Koutroubas, A. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 15 = 79-89.

Referências Bibliográficas

- Carloto, M. S. (2009). A Relação profissional – paciente e a síndrome de Burnout. Encontro Revista de Psicologia, 12 (17), 7-20.
- Da Costa, M. S. P. (2009). Burnout nos médicos: perfil e enquadramento destes doentes. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.M.U.P.
- Costa, M. C. D. S. P. (2011). Burnout nos médicos perfil e enquadramento deste doente.
- De Melo Silva, M. D. C., & da Silva Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de psicologia*, 14(3), 239-248.
- Demir, A., Ulosoy, M., Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, p. 807-827.
- Escribá-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308.
- França, T. L. B., Oliveira, A. C. B. L., Lima, L. F., Melo, J. K. F. & Silva, R. A. R. (2014). Síndrome de Burnout: Características, Diagnóstico, Fatores de Risco e Prevenção. *Revista de Enfermagem*, 8 (10), p. 3539-3546. doi:10.5205/revol.6039-55477-1-ED0810201434.
- Frasilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Revista de Exemplo*, 18(6), 433-43.
- Frasilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 89-98.
- Karamikola, M., Papathanasoglou, E., Giannakopoulou, M., Koutroubas, A. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 15 = 79-89.

Referências Bibliográficas

- Marôco J, et al. Burnout nos profissionais da saúde Portugal, *Acta Med Port.* (2016) Jan;29(1):24-30
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *American Psychological Society*, 12 (5), p. 189-192
- Pereira, B. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 21-72.
- Pires, R. (2008). *Sober e combater: Assédio & Síndrome de Burnout*.
- Ribeiro, L., Gomes, A. R., & Silva, M. D. C. D. M. (2010). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar.
- Santos JM, Oliveira EB, Moreira AC. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. *Rev enferm UERJ*, 2006. 14:580-5.
- Soares, J.F.F. Grossi, G. Suidin, Ó. (2007). Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10, p. 61-71.
- Soler, J.K, et al. (2008). Burnout in European family doctors: the EGP2N Study. *Family Practice*, 25, p. 245-265.
- Sousa, L. M. C. (2011). Síndrome de Burnout em profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.M.U.P.
- Trias, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Trias, T. R., Teng, C. T. & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (5): 223-233
- Zapf, D. Seifert, C. Schmitt, B. Mertini, H. (2008). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology*

- Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Pública*, 2006.22:679-1.
- Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2006. 14:534-9.
- Murta SG, Tróccoli BT. Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estud Psicol*;2007. 24:41-1.
- Rodrigues AB. Burn out e estilos de coping de enfermeiros que assistem pacientes oncológicos (tese de doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006
- Spindola T, Martins ERC. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. *Esc Anna Nery [SciELO Scientific Electronic Library Online]* 2007 [citado em 11 jun 2008]; 11:212-9.
- Wall M, Schenck-Gustafsson K, Minucci D, Sendén MG, Lövseth LT, Fridner A. Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden – a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2014;2:53.
- Shanafelt TD, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Satele DV, Hanks JB, Sloan JA, et al. Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Ann Surg*. 2012;255:625-33.

- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*, 68.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, 44(1), 33-40.
- Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *Jama*, 292(23), 2880-2889.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Konarski, R. (1998). Components of Burnout, Resources, and Gender-Related Differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(12), 1088-1106.
- Mazon, V., Carloto, M. S., & Câmara, S. (2008). Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), 55-66.
- Miranda, S. C. C. (2011). *Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental* (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa).
- Grazziano, E. D. S. (2008). *Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

ANEXO E3

Apresentação *Dispareunia*

Dispareunia

O que é Dispareunia?

- ▶ É considerada uma disfunção sexual e é caracterizada pela dor ou desconforto genital e pode ocorrer antes, durante ou após os atos sexuais.
- ▶ Embora seja mais comum nas mulheres, também pode ocorrer nos homens.

O que é Dispareunia?

- ▶ Dificuldade em ter relações sexuais
- ▶ Dor pélvico-genital
- ▶ Medo de sentir dor
- ▶ Medo da penetração vaginal em si
- ▶ Tensão dos músculos pélvicos

O que é Dispareunia?

- ▶ Nestes casos, existe uma grande dificuldade em participar na atividade sexual tal como gostaria, levando à rejeição do ato sexual.
- ▶ A dor pode ser mais **superficial**, no qual a mulher sente algum desconforto, ou **profunda**, estando presente uma dor aguda forte.

O que é Dispareunia?

- ▶ Como existe uma grande dificuldade em relacionar-se sexualmente com o parceiro, pode provocar consequências graves no relacionamento interpessoal, diminuindo o desejo sexual.

Tipos de Dispareunia

Primária

- ▶ Quando ocorre desde a primeira relação sexual, ou tentativa de relação sexual, comprometendo relações sexuais futuras.

Tipos de Dispareunia

Secundária

- ▶ Relações sexuais, que anteriormente eram satisfatórias, passaram a ser, a partir de determinado momento, dolorosas.

Tipos de Dispareunia

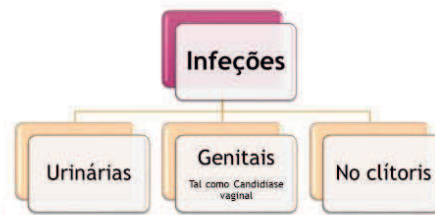
Situacional

- ▶ Neste tipo, a mulher nem sempre sente dor durante o ato sexual, ocorrendo apenas em determinadas situações ou contextos.

Como é causada?

A dispareunia pode ser motivada por vários fatores, sendo eles de causa orgânica ou psicológica.

Fatores Orgânicos



Fatores Orgânicos

Doenças dermatológicas

Tal como: Foliculite e Psoríase

Doenças sexualmente transmissíveis

Doenças anais

Fatores Psicológicos

Dificuldade em aceitar a sexualidade como algo saudável

Crenças morais e religiosas muito rígidas

Educação repressora

Medos e tabus

Fatores Psicológicos

Ausência de desejo sexual

Falta de informação

Traumas infantis relacionados com a sexualidade

Sentimentos de culpa durante o ato sexual

Como é causada?

- ▶ Independentemente do fator que leva à Dispareunia, interno ou externo, quando a mulher apresenta uma preocupação excessiva não conseguindo aproveitar o momento, terá dificuldades em sentir-se sexualmente excitada.

Como é causada?

- ▶ Quando isto acontece, a mulher não fica suficientemente lubrificada, dificultando a penetração e aumentando a dor durante o ato sexual.
- ▶ Ao sentir dor, haverá o evitamento de novas relações sexuais, comprometendo a relação do casal.

Considerações Finais

- ▶ Assim, é importante que a mulher se sinta bem consigo mesma, desfrutando o momento.
- ▶ Ao despir-se de medos e preocupações, durante o ato sexual, será capaz de sentir mais prazer e menos dor, melhorando a relação com o parceiro.

ANEXO E4

Apresentação Implicações Psicológicas na Incontinência Urinária

IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O que é a Incontinência Urinária?

- ❖ Queixa de qualquer perda involuntária de urina
- ❖ Condiciona a vida do doente ao nível:



A Incontinência Urinária em Portugal

- ❖ Mais de 60 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de incontinência urinária
- ❖ Afeta 20% da população portuguesa com mais de 40 anos
- ❖ Afeta ambos os sexos, embora seja duas vezes mais comum em mulheres
 - ↳ Nas mulheres as perdas de urina são mais frequente após o parto, menopausa e terceira idade
 - ↳ Nos homens as perdas de urina ocorrem habitualmente em idade mais avançada e quase sempre associados a problemas da próstata

Nota: Lopes, Dias & Martins (2011) *Seminário, D. Anísio de Botegão, 4/11/11 (2011)*

Causas das Perdas de Urina

Causas Temporárias

- Ingestão de líquidos em excesso
- Infeções urinárias
- Algumas medicações
- Ingestão de álcool, cafeína e outros diuréticos
- Ingestão de bebidas refrigerantes, gasificadas

Causas Permanentes

- Enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico
- Perda de estrogénios, depois de menopausa
- Gravidez e/ou parto
- Lesões das plexias (distrofia, proctometria) pélvica, vesical, uretral
- Lesões neurológicas
- Radioterapia pélvica

Horton & Brubaker (2006)

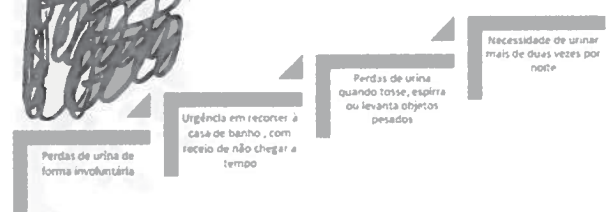
É possível prevenir a Incontinência Urinária?

É possível agir sobre fatores predisponentes para incontinência urinária



Bortolotto, Bernardini, Colla, Di Benedetto, Guazzi, Landoni, et al. (2009)

Sintomas de Incontinência Urinária



Sintomas de Incontinência Urinária



Tipos de Incontinência Urinária

Existem vários tipos de incontinência



Boteiro, Silva, & Cruz (2007)

Tipos de Incontinência Urinária

Incontinência de Esforço

- ❖ Pequenas perdas de urina que ocorrem quando o indivíduo ri, tosse, espirra, faz exercício, se curva ou pega em algo pesado
- ❖ Ocorre quando os músculos estão enfraquecidos

Botelho, Silva, & Cruz (2007)

Tipos de incontinência urinária

Incontinência por Imperiosidade

- ❖ Ocorre repentinamente, acompanhada de uma vontade súbita e intensa de ir à casa de banho
- ❖ Pode estar relacionada com o envelhecimento ou patologia urológica; muitas vezes idiopática

Botelho, Silva, & Cruz (2007)

Tipos de incontinência urinária

Incontinência Mista

- ❖ Combinação da incontinência de esforço e incontinência por imperiosidade

Botelho, Silva, & Cruz (2007)

Outros Tipos de Incontinência Urinária



Diagnóstico

- ❖ Recolher o historial clínico do doente (avaliar os sintomas e sinais)
- ❖ Após a definição dos sintomas, a utilização do exame físico permitirá um diagnóstico mais preciso
- ❖ Os exames complementares de diagnóstico, passam por:
 - ❖ Ecografia
 - ❖ Análises gerais ao sangue e urina

Botelho, Silva, & Cruz (2007)

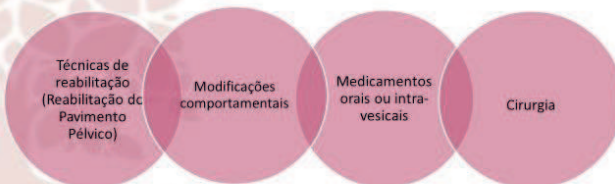
Impacto da Incontinência Urinária

- ❖ Afeta a autoestima
- ❖ Condiciona a vida do doente a nível familiar, laboral e pessoal
- ❖ Causa embaraço
- ❖ O problema pode conduzir à fuga do contato social e ao isolamento, porque está sempre com medo e vergonha que os outros sintam o cheiro
- ❖ Pode afetar a relação conjugal, uma vez que a intimidade do casal é prejudicada
- ❖ Preocupação em esconder o problema, evitando a abordagem com o médico
- ❖ Desenvolvendo estratégias, como: transporte de mudas de roupa ou reconhecimento prévio das instalações sanitárias existentes quando sai do seu ambiente

WYMAN, HARKINS, CHOI, TAYLOR, & FANTE (1987)
Fultz, & Herzog (2001)

Como tratar

Atualmente existem tratamentos mais eficazes e fáceis, tais como:



Devido coexistência de sintomas e co morbilidades torna-se difícil a gestão da patologia

Assim, é necessária uma abordagem interdisciplinar e adaptada



Azevedo, Azevedo, Aires, Vivas, & Cruz (2013)

O Papel do Psicólogo

- ❖ Sensibilizar
- ❖ Melhorar o conhecimento de fatores de risco
- ❖ Instituir estratégias preventivas
- ❖ Orientações para lidar com o impacto da disfunção na sua vida
- ❖ Avaliar a condição emocional da família e mecanismos de coping
- ❖ O apoio emocional é uma parte essencial do autocuidado
- ❖ Técnicas para gestão de stress, ansiedade e tempo
- ❖ O psicólogo vem proporcionar a aprendizagem de métodos que se mostram eficazes e que devem integrar o plano de reabilitação
- ❖ A atuação visa a minimização do sofrimento proporcionando o seu bem estar e responsabilização no processo de reabilitação

Incontinência Urinária e Psicologia

O fator emocional ou psicológico, podem ser um fator causador da IU, o que pode trazer grandes transtornos, principalmente para as mulheres



Incontinência urinária ou a perda da urina associada a um estímulo psíquico.

Intervenção

Intervenção em Grupo

Intervenção Individual

Intervenção em Grupo

- ❖ Indivíduos com incontinência urinária
- ❖ Idades compreendidas entre os 36 e 75 anos
- ❖ Apresentam:
 - ❖ perturbação de ansiedade, perturbação depressiva, distúrbios alimentares, crises de pânico, problemas familiares, outros problemas de saúde, perturbação do sono, problemas conjugais, disfunção sexual e muitos são cuidadores de familiares que sofreram Acidente Vascular Cerebral, Demência e Traumatismo Crânio Encefálico

Procedimentos

- ❖ Antes da participação em grupo é realizada uma entrevista com cada paciente
- ❖ As sessões decorreram quinzenalmente e compreendem temáticas, tais como:
 - ❖ Abordagem da problemática
 - ❖ Respiração diafragmática
 - ❖ Relaxamento
 - ❖ Gestão de ansiedade
 - ❖ Gestão de stress
 - ❖ Qualidade de sono
 - ❖ Gestão do tempo

Dificuldades encontradas para lidar com a IU

- ❖ Sentimentos negativos (vergonha, embaraço)
- ❖ Subestimação do problema (a IU não é um problema importante)
- ❖ Conceções sobre as causas (ideias pré-concebidas)
- ❖ Acesso ao cuidado profissional (não têm tempo para ir ao médico)
- ❖ Descrença nos tratamentos (não acreditam que haja solução)

Consequências da IU

Depressão

Vários estudos realizados, com o objetivo de comparar um grupo de controlo e participantes com Incontinência urinária verificaram que, os segundos apresentam níveis de depressão superiores aos do grupo de controlo.

—A depressão e a falta de esperança são dos aspetos mais importantes na intervenção destes pacientes.

—A Incontinência Urinária leva a alterações no estilo de vida da pessoa, com dificuldade em adaptar-se à sua nova condição.

(Nicolson et al., 2008)

Ansiedade

- Pacientes com Incontinência Urinária, quando comparados com um grupo de controlo, apresentam valores de ansiedade significativamente superiores

(Coyne et al., 2011a; Knight et al., 2012; Milsom et al., 2012; Safarinejad, 2009; Sexton et al., 2011; Teloken et al., 2006; Yoo et al., 2011)

- Verificou-se que em 82 mulheres, 29% apresentava sintomatologia ansiosa

(Stach-Lempinen et al., 2003)

Autoestima

❖ Os pacientes autocolpabilizam-se pela sua condição, sentindo-se “fracos psicologicamente”.

❖ Apresentam uma autoestima mais baixa, quando comparados com participantes sem incontinência urinária.

Verifica-se uma baixa imagem corporal, com implicações na vida social e sexual.

(Anger et al., 2011; Dmochowski & Newman, 2007; Nicolson et al., 2008)

Sono

❖ Comparativamente com indivíduos saudáveis, participantes com IU apresentam maiores níveis de cansaço

❖ Por vezes, apresentam alterações ao nível do sono, uma vez que acordam várias vezes durante a noite para urinar (três a mais vezes por noite), afetando significativamente a sua qualidade de vida

(Safarinejad, 2009; Teloken et al., 2006; Newman and Koochaki, 2011)

Relacionamento Interpessoal

❖ Uma grande percentagem da família de pacientes com esta condição apresentam preocupação e desconforto em relação ao seu familiar

❖ Os pacientes sentem mais ansiosas, frustradas e envergonhadas com os seus companheiros

❖ A redução nas atividades sociais também afeta a qualidade da relação com os seus familiares

(Safarinejad, 2009; Coyne et al., 2009)

Relacionamento sexual

❖ Verifica-se um grande impacto na vida sexual, devido à diminuição da intimidade, diminuição da atividade sexual e menor atividade sexual devido a uma baixa imagem corporal

❖ De acordo com Vella e Cardozo (2005), existem muitas razões para a destabilização no relacionamento sexual

- ❖ Dispareunia pós-cirurgia,
- ❖ Dermatite urinária devido ao uso de fraldas ou absorventes,
- ❖ Perda de libido,
- ❖ Depressão,
- ❖ Perda de urina durante a relação sexual.

(Coyne et al., 2007; Coyne et al., 2009; Nicolson et al., 2008; Vella e Cardozo, 2005)

Qualidade de vida

❖ Vários estudos reportam pior qualidade de vida em participantes com IU quando comparados com grupo de controlo, algo que poderá estar associado a outros fatores

- ❖ Falta de sono,
- ❖ Diminuição de atividades sociais com os familiares e amigos,
- ❖ Baixa autoestima.

(Buryavejchevin and Veerananarajich, 2005, 2006; Coyne et al., 2008; Milsom et al., 2012; Newman and Koochaki, 2011; Oh and Ku, 2007a, 2007b; Sexton et al., 2011; Stewart et al., 2003; Sut et al., 2012; Teloken et al., 2006; Yeniei et al., 2012)

❖ Existe uma forte relação entre pessoas com IU e o funcionamento social, funcionamento físico, mobilidade e o estado emocional.

❖ Uma baixa qualidade de vida nesta população, poderá estar associada ao sentimento de vergonha, frustração e dificuldades ao nível da sexualidade.

(Van der Vaart et al., 2002; Auge et al., 2006)

Estratégias de Coping

- ❖ Na IU, as estratégias de coping são muito importantes para manter a identidade própria e percepção de competência, dado que muitas vezes a IU é associada a falta de autocontrolo.
- ❖ Uma das estratégias corresponde a mecanismos de modificação comportamental, que inclui a estratégia do coping ativo, i.e., quando se inicia uma ação ou esforços para remover ou circunscrever a IU, e o planeamento sobre o modo como confrontar a IU.

(Peake & Manserson, 2003; Brittain & Shaw, 2007; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

❖ Outra estratégia de coping utilizada pelas mulheres com IU é a negação, a rejeição da realidade que pode prejudicar a saúde das pessoas ao impedir a adaptação a determinada doença.

❖ No estudo de Bilgic et al (2010), 56% das mulheres referiram que ignoraram, esconderam e preferiram não falar com alguém quando experimentaram pela primeira vez a perda de urina.

(Lazrus e Folkman, 1984)

- ❖ Carver et al (1989) referem que a aceitação constitui uma resposta funcional do coping, uma vez que a pessoa aceita a realidade e envolve-se para lidar com a problemática.

Caso Clínico

- ❖ 44 anos, operária fabril
- ❖ Referenciada da Consulta de Urologia por incontinência urinária mista
- ❖ 1ª consulta de MFR - Reabilitação do Pavimento Pélvico em 7/07/2014
- ❖ **Antecedentes patológicos:**
 - Patologia tireoideia em vigilância (hormotiroideia)
 - Perturbação da ansiedade/crisis de ansiedade (seguida pelo MF)
 - 1ª crise de ansiedade a 13 de Abril de 2013
- ❖ **Antecedentes ginecológicos e obstétricos:**
 - RG, RP (partos eutócicos), 06. Partos aos 25 e 31 anos
 - Peso dos RN : 2950g; 3210g
- ❖ **Hábitos :**
 - Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos.
 - Atividade física: períodos de marcha (1h, 2x/sem)
- ❖ **Medicação atual:**
 - Escitalopram; Victan

HDA:

- Desde há cerca de 1,5 anos: incontinência urinária mista; enurese.
- Perdas diárias; ligeiras com esforços, mais significativas por imperiosidade.
- Necessidade de absorventes: 2-3ppd.
- Trânsito intestinal regular. Sem IA.

Exame físico:

- A: 1,57m; Peso: 77Kg (IMC 30,49)
- Hipotonia do pavimento pélvico.
- Stress teste positivo; hipermobilidade uretral.

Orientação:

- Medicada com cloreto de tróspio
- Programa de exercícios no domicílio; medidas de controlo da imperiosidade
- Pedido de colaboração de Psicologia Clínica
- Nutrição - avaliação e orientação de esquema dietético para redução ponderal

Reavaliação 1 mês após a 1ª consulta (7/08/2014):

- Cumpre exercícios no domicílio e medicação
- Refere melhoria da imperiosidade miccional; resolução da IUI
- Mantém vários episódios diários de IUE
- P/ Eletuado ajuste do programa de exercícios; reavaliação 3/3 meses

Reavaliação 3 meses (4/11/2014):

- Manteve programa regular de exercícios e medicação; aumento da atividade física
- Já observada por Nutrição - cumpre esquema dietético. Redução ponderal: 4Kg
- Refere resolução do componente de imperiosidade: episódios mais ligeiros de IUE, ainda diários, com necessidade de 1-2ppd

Reavaliação em 5/05/2015

- Redução ponderal de 12Kg (peso 65Kg; IMC 26,4)
- Mantém IUE ligeira, com grandes esforços no local de trabalho.
- Usa absorventes apenas no local de trabalho.
- Suspendeu medicação.
- Orientada para Cirurgia Plástica por lipodistrofia abdominal com grande afetação da QV.

Intervencionada por cirurgia Plástica - abdominoplastia - em 27/06/2015

Reavaliação em 30/11/2015:

- Sem episódios recentes de IU.
- Imperiosidade ligeira, sem afetação da qualidade de vida.
- Alta com indicação para manter atitudes.

Caso clínico - Consulta de Psicologia

❖ 1ª consulta a 28 de Agosto de 2014

❖ Aspectos Psicológicos/queixas

- ❖ Devido ao excesso de peso, baixo autoconceito
- ❖ Aumento da ingestão alimentar (como forma de prazer)
- ❖ Péssimo relacionamento conjugal/deixou de ter relacionamento sexual
- ❖ Isolamento social (i.e. deixou de ir à praia com as filhas)
- ❖ Começou a vestir somente roupas pretas e largas
- ❖ Fraco relacionamento com os pais (i.e. "os meus pais não aceitam o facto de querer mudar de vida" sic)
- ❖ Diminuição da ansiedade

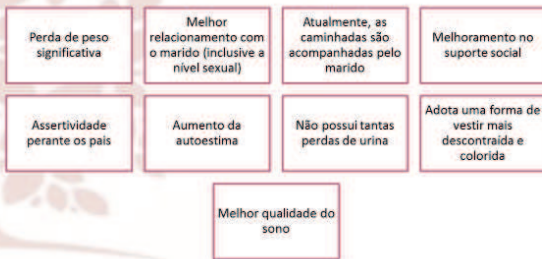
❖ Pontos fortes:

- ❖ Incentivo da filha mais velha
- ❖ Força de vontade de mudar (i.e. diminuição de peso e contribuir para melhorar a IU)
- ❖ Necessidade de obter mais QV (i.e. o peso na bexiga fazia com que perdesse mais urina)

❖ Pontos fracos:

- ❖ O marido inicialmente não queria que mudasse, por receio de o deixar
- ❖ Os pais não aceitavam esta mudança (i.e. "se fores operada, eu não te ajudo. Quanto muito ligo e se ligar" sic)

Ganhos



Em suma,

- ❖ A paciente foi seguida mensalmente até 2 de Novembro de 2015, num total de 11 consultas.
- ❖ Esta apresentava melhoras significativas em todas as queixas apresentadas e intitulava-se com mais qualidade de vida.

Avaliação Psicológica

❖ Hads

- ❖ Av. Inicial: Ansiedade: 16 (Severa) - Av. Final: Ansiedade: 5 (Normal)
- ❖ Av. Inicial: Depressão: 18 (Severa) - Av. Final: 3 (Normal)

❖ Satisfação do Suporte Social

- ❖ Av. Inicial: 30 (Baixo suporte social) – Av. Final: 50 (Médio Suporte Social)

❖ Pittsburgh (Sono)

- ❖ Av. Inicial: 13 (Pobre qualidade do sono) – Av. Final: 6 (Pobre qualidade do Sono, com melhoria significativa)

Obrigada pela vossa atenção!



Apenas 10% dos doentes recorrem ao médico por problemas de Incontinência Urinária.

Solicite ajuda!

BIBLIOGRAFIA

- Anger JT, Nissim HA, Le TX, et al. (2011) Women's experience with severe overactive bladder symptoms and treatment: insight revealed from patient focus groups. *Neurourology and Urodynamics* 30(7): 1295-1299.
- Auge, A. P., Zucchi, C. M., Costa, F. M. P., Nunes, K., Cunha, L. P. M., Silva, P. V. F., & Ramos, T. U. (2006). Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 28(6), 352-357.
- Azevedo, M. J., Azevedo, H., Alves, C., Vivas, J., & Cruz, B. M. (2013). Efeitos da reabilitação do soalho pélvico na incontinência urinária. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 23(1), 22-28.
- Bunyavejchevin S and Veerananarapanich S (2005) Quality of life assessment in Thai postmenopausal women with an overactive bladder. *Journal of the Medical Association of Thailand* 88(8): 1023-1027.
- Coyne KS, Margolis MK, Jumadillova Z, et al. (2007) Overactive bladder and women's sexual health: What is the impact? *Journal of Sexual Medicine* 4(3): 656-666.
- Bortolotti, A., Bernardini, B., Colli, E., Di Benedetto, P., Giocoli Nacci, G., Landoni, M., Lavezzi M., Pagliarulo A., Salvatore S., von Heland M., Parazzini F., & Artibani W (2000). Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *European Urology*, 37(1), 30-35.
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*, 24(1), 79-82.
- Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, et al. (2008) The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: Results from the EPIC study. *BJU International* 101(11): 1388-1395.
- Coyne KS, Matza LS and Brewster-Jordan J (2009) 'We Have to Stop Again?!' The impact of overactive bladder on family members. *Neurourology and Urodynamics* 28(8): 969-975.
- Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, et al. (2011a) The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: Results from EpiLUTS. *BJU International* 108(9): 1459-1471.
- Safarinejad MR (2009) Prevalence of the overactive bladder among Iranian women based on the international continence society definition: A population-based study. *International Urology and Nephrology* 41(1): 35-45.
- Sexton CC, Coyne KS, Thompson C, et al. (2011) Prevalence and effect on health-related quality of life of overactive bladder in older Americans: Results from the epidemiology of lower urinary tract symptoms study. *Journal of the American Geriatrics Society* 59(8): 1465-1470.
- States. *World Journal of Urology* 20(6): 327-336.
- Sut HK, Kaplan PB, Sut N, et al. (2012) The assessment of quality of life in female Turkish patients with overactive bladder. *International Journal of Nursing Practice* 18(1): 20-27.
- Stein, A. (2009). *Heal Pelvic Pain*. McGraw-Hill.
- Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. (2003) Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *Journal of the American Medical Association* 289(16): 2161-2167.
- Tamarini J, T. N., D'Anconca, C. A. L., Botega, N. J., & Netto Jr, R. (2003). Validation of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire for urinary incontinent women. *Revista de Saúde Pública*, 37(2), 203-211.
- Teloken C, Caraver F, Weber FA, et al. (2006) Overactive bladder: Prevalence and implications in Brazil. *European Urology* 49(6): 1087-1092.
- Van der Vaart CH, de Leeuw JR, Roovers J, et al. (2002) The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU International* 90(6): 544-549.
- Vella, M. & Cardoso, L. (2005). Incontinence during sexual intercourse. *Women's Health Medicine*, 2(6), 42-43.
- Yentel AO, Ergenoglu AM, Meseri R, et al. (2012) The prevalence of probable overactive bladder, associated risk factors and its effect on quality of life among Turkish midwifery students. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology* 164(1): 105-109.
- Yoo ES, Kim BS, Kim DY, et al. (2011) The impact of overactive bladder on health-related quality of life, sexual life and psychological health in Korea. *International Neurourology Journal* 15: 143-151.
- WYMAN, J. F., HARKINS, S. W., CHOI, S. C., TAYLOR, J. R., & FANTL, A. J. (1987). Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstetrics & Gynecology*, 70(3), 378-381.
- Dmochowski RR and Newman DK (2007) Impact of overactive bladder on women in the United States: Results of a national survey. *Current Medical Research and Opinion* 23(1): 65-76.
- Fultz, N. H., & Herzog, A. (2001). Self-Reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 892-899.
- Knight S, Luft J, Nakagawa S, et al. (2011) Comparisons of pelvic floor muscle performance, anxiety, quality of life and life stress in women with dry overactive bladder compared with asymptomatic women. *BJU International* 109(11): 1685-1689.
- Martínez Saura, F., Fouz López, C., Gil Díaz, P., & Téllez Martínez-Fornés, M. (2001). Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifam*, 11(2), 25-40.
- Milsom I, Kaplan SA, Coyne KS, et al. (2012) Effect of bothersome overactive bladder symptoms on health-related quality of life, anxiety, depression, and treatment seeking in the United States: Results from EpiLUTS. *Urology* 80(1): 90-96.
- Newman DK and Koochaki PE (2011) Characteristics and impact of interrupted sleep in women with overactive bladder. *Urologic Nursing* 31(5): 304-312.
- Nicolson P, Kopp Z, Chapple CR, et al. (2008) It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *British Journal of Health Psychology* 13: 343-359.
- Norton, P., & Brubaker, L. (2006). Urinary incontinence in women. *The Lancet*, 367(9504), 57-67.
- Nunes, P. (2010). Diagnóstico de incontinência urinária feminina.
- Oh SJ and Ku JH (2007a) Impact of self-perceived bothersomeness on health-related quality of life in women with overactive bladder symptoms. *Urologia Internationalis* 78(1): 63-69.
- Oh SJ and Ku JH (2007b) Impact of stress urinary incontinence and overactive bladder on micturition patterns and health-related quality of life. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 18(1): 65-71.

ANEXO E5

Folheto informativo Comunicação de más notícias a crianças

Aspectos a ter em conta na comunicação da notícia:

1. Ser bom ouvinte;
2. Promover a boa comunicação, para que a criança compreenda;
3. Ter em atenção os aspetos verbais e não verbais (tais como expressões emocionais);
4. Deixar que a criança estabeleça o ritmo da conversa;
5. Promover, com o seu consentimento, a participação nos eventos relacionados com o processo de luto;
6. Trabalhar fantasias da criança (como o sentimento de culpa ou a possibilidade de retorno da pessoa);
7. Possibilitar expressões como a tristeza, raiva, angústia e medo;
8. Ajudar a manter uma imagem do ente querido, por meio de experiências vividas;
9. Procurar apoio na rede familiar, em amigos, professores e profissionais.

comunicação de más notícias a crianças



O processo de luto ocorre como uma desvinculação, no qual existe uma separação do ente querido.

Morte na família:

Tal como nos adultos, as crianças também passam por vários **estádios no luto**:

1. Fase de surpresa
2. Fase de negação e procura da figura perdida
3. Fase da desorganização e desespero
4. Fase da reorganização

Geralmente as **reações mais comuns** nas crianças em processo de luto são:

- Manifestações somáticas;
- Reações hostis em relação ao falecido, tal como sentimento de abandono;
- Reações hostis em relação aos outros;
- Idealização das qualidades do ente querido;
- Pânico decorrente do sentimento de culpa e abandono.

Várias crianças apresentam maiores dificuldades em lidar com a morte, manifestando sintomas físicos e psíquicos e, conseqüentemente, problemas sociais e a nível escolar, ansiedade e baixa auto-estima.



A família tem então, um papel crucial na **adaptação à perda**. Assim, a forma como a criança elabora o luto, depende muito da forma como os adultos conversam com ela.

Falar sobre a morte a uma criança **não é fácil**, sobretudo quando esta também afeta o adulto.

É então importante demonstrar conforto, segurança e força para continuar.

Numa tentativa de facilitar o processo de luto, o adulto deve **compartilhar** a dor causada pela perda, de forma a favorecer a comunicação.

A falta de comunicação, contribui para que a criança dê asas a sua imaginação, fomentando uma visão distorcida sobre a morte.

Durante a comunicação da má notícia, deve-se usar uma linguagem acessível e utilizar elementos facilitadores, tais como desenhos animados e contos infantis.

Nem sempre é fácil encontrar as palavras adequadas, sendo a troca de afetos muito importante para fazer a diferença.

ANEXO E6

Apresentação O sono na gravidez

O sono na gravidez



- A gravidez apresenta um efeito negativo no sono, uma vez que pode provocar cansaço e sonolência, ou até mesmo insónia. Estas alterações afetam, não só a mãe, mas também o bebé.
- Além disso, trazem complicações a nível:
 - Laboral
 - Familiar
 - Social



- Vários estudos afirmam que mulheres que menos horas que o recomendado, durante o último trimestre da gravidez, têm uma maior probabilidade de parto prematuro.



- Durante o primeiro trimestre da gravidez, é normal que haja uma maior sonolência e mais cansaço, pelo que é importante resistir aos "ataques de sono".



- A sesta acaba por ser um método reparador, uma vez que permite manter um bom ritmo ao longo do dia e dormir melhor durante a noite.
- Além disso, também melhora a saúde da mulher, uma vez que provoca a diminuição da tensão acumulada.
- Esta deve ter uma duração de sensivelmente 20 minutos. Uma sesta muito longa poderá provocar dificuldades em dormir à noite.



- É importante praticar exercício físico, tal como fazer caminhadas ou natação.
- O programa de preparação para o parto, também é um bom local para a prática de exercício, além de que, também permite o encontro com outras grávidas promovendo a partilha de experiências.



Vantagens do exercício físico

Ativação da circulação sanguínea

Diminuição da acumulação de líquidos nas pernas

Redução das cãibras

Diminuição da ansiedade



- A alimentação também deve ser saudável e equilibrada, com uma maior quantidade de:
 - Proteínas;
 - Hidratos de carbono;
 - Ácido fólico;
 - Ferro;
 - Cálcio;
 - Magnésio;
 - Iodo.
- É importante fazer várias refeições ao dia, sendo o pequeno-almoço a mais importante. Ao jantar, comer algo mais leve.



- Relativamente ao consumo de líquidos durante o dia, é importante beber muita água, contudo deve-se evitar bebidas gaseificadas e reduzir nas bebidas que têm cafeína.
- O café ou chá deve ser bebido de manhã. Não é aconselhável fazê-lo depois do almoço, uma vez que, o seu efeito estimulante pode provocar dificuldades em dormir durante a noite.



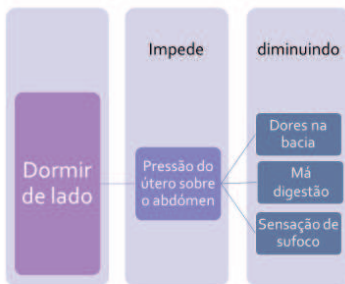
- O descanso é fundamental durante a gravidez, pelo que é importante beneficiar da ajuda do companheiro, família, amigos e até mesmo, dos colegas de trabalho.
- A divisão de tarefas em casa com a família é facilitador, já que permite uma melhor organização, podendo aproveitar algum tempo para descansar.



- No último trimestre da gravidez, torna-se mais complicado descansar durante a noite, uma vez que, com o crescimento da barriga, torna-se difícil encontrar uma posição confortável para dormir.
- A grávida deve habituar-se a dormir, desde o início da gravidez, de lado (de preferência para o lado esquerdo), uma vez que será impossível dormir noutras posições quando a barriga estiver demasiado grande.



- Dormir de lado serve de auxílio, uma vez que o peso do bebé sobre a mãe é menor.
- Além disso, também permite que a mãe respire melhor durante a noite.
- É recomendado dormir do lado esquerdo, já que favorece a chegada do sangue à placenta. Assim o bebé conseguirá receber mais oxigénio e nutrientes.



- Para dormir melhor, poderá ser útil utilizar várias almofadas, podendo colocá-las em forma triangular para que seja mais confortável.
- Com a aproximação do parto, também poderá ser necessário colocar uma almofada entre as coxas para descansar a pélvis.
- Para impedir o movimento durante a noite, basta colocar uma almofada paralela ao dorso.



- Durante a gravidez, é importante consultar o médico caso:
 - Tenha começado a rressonar, uma vez que poderá vir acompanhado de uma aumento na tensão arterial, sonolência diurna, pausas respiratórias e sono inquieto;
 - Se sentir mal estar nas pernas que a obrigue a mexê-las e que aumenta quando está em repouso;
 - Se sofria de insónia crónica e se esta se agravou durante a gravidez;
 - Se o horário de trabalho tem turnos rotativos.

ANEXO E7

Documento informativo sobre Psicodrama

ANEXO F1

Relatório de Exame Psicológico de A.

RELATÓRIO DE EXAME PSICOLÓGICO

Nome: A

Idade: 44 anos

Escolaridade: 12ºano

Pedido formulado: Avaliação da personalidade e avaliação Neurocognitiva

Para avaliação da personalidade foi utilizado o *"Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2)"*.

Em termos de validade, verifica-se que a paciente apresenta valores dentro da média, sem tentativa de falsificação dos resultados.

Relativamente às escalas clínicas, apresenta elevação da escala Histeria (**nota T=74; 2 DP acima da média**), pode estar associada a sintomas somáticos, alterações no sono, pessimismo, imaturidade, exigente para com os outros; escala Psicopatia (**nota T=77; 2 DP acima da média**), tem como hipóteses, impulsividade, problemas familiares, irritabilidade, culpabilidade e vergonha, relacionamentos superficiais; escala Paranoia (**nota T=74; 2 DP acima da média**), poderá estar associada a predisposição paranoide, sensibilidade excessiva, desconfiança e irritabilidade; escala Psicastenia (**nota T=78; 2 DP acima da média**), pode traduzir-se como ansiedade e depressão moderada, pesadelos, insegurança em relação a si mesmo, culpabilidade, perfeccionismo, indecisão, dificuldade em sentir-se aceite pelos outros; escala Hipocondria (**nota T= 82; 3 DP acima da média**), associada a preocupações somáticas, reação exagerada a qualquer problema real, exigência e insatisfação; e escala Esquizofrenia (**nota T=88; 3 DP acima da média**), quando esta é pontuada com uma nota T superior a 75, deve-se ter como hipótese possível Transtorno esquizofrénico, mas apenas quando há elevação da escala F, algo que não se verifica.

Relativamente às escalas de conteúdo, verifica-se a elevação da escala Ansiedade (**nota T=68; 1DP acima da média**), com sintomas gerais de ansiedade, tensão e preocupações; escala Medos (**nota T=69; 1DP acima da média**) que se pode traduzir em múltiplos temores específicos; escala Preocupações com a Saúde (**nota T=81; 3DP acima da média**) com sintomas físicos em vários sistemas orgânicos; escala Pensamento Bizarro (**nota T=69; 2DP acima da média**) associada a pensamentos psicóticos e ideação paranoide; escala Cinismo (**nota T=71; 2DP acima da média**), que se traduz como desconfiança em relação aos outros; escala Problemas familiares (**nota T=69; 1DP acima**

da média), esta elevação poderá estar associada a discórdias familiares; e por último, a escala Interferência laboral (nota T=67; 1DP acima da média), associada a atitudes e condutas que contribuem para uma deficiente execução no trabalho, com baixa confiança e problemas na tomada de decisão.

É importante salientar que a disposição das escalas clínicas apresentadas no gráfico, podem sugerir a existência de uma Perturbação da Personalidade.

Relativamente à avaliação dos sintomas psicopatológicos foi administrado o *“Brief Symptom Inventory (BSI)”*. Apresenta resultados superiores, em relação à média, nas seguintes dimensões: **somatização**, com resultado bruto de **1.86** (M=.57); **depressão** com resultado bruto de **2.17** (M=.89); **ansiedade** com resultado bruto de **1.67** (M=.94); **hostilidade** com resultado bruto de **1.60** (M=.89); **ideação paranoide** com resultado bruto de **1.80** (M=1.06); e **psicoticismo** com resultado bruto de **1.00** (M=.67).

Para avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes *“Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III)”*: *“Código”* e *“Pesquisa de símbolos”*. A partir dos resultados obtidos, verifica-se que a paciente apresenta uma **velocidade de processamento muito inferior à média** (I.V.P. =66), quando comparada com a população geral (que varia entre 90 e 109).

O *“Trail Making Test (TMT)”*, foi administrado com o objetivo de avaliar a atenção, velocidade de processamento e flexibilidade mental, e está dividido em parte A e parte B. Na parte A, a paciente demorou 118 segundos a completar a tarefa (**perfil psicopatológico > 59S**). Já na parte B, demorou 6 minutos e 13 segundos (**perfil psicopatológico > 145s**), tendo completado a tarefa erradamente. Segundo estes resultados, verifica-se a existência de um **perfil psicopatológico**, com lentificação cognitiva.

Observações:

Durante a avaliação a paciente mostrou-se colaborante e participativa.

Na administração do MMPI-2 apresentou dificuldades em responder a algumas questões colocadas, referindo que *“algumas respostas são complicadas, para mim nem é sim nem é não”*(sic).

No *Trail Making Test*, teve dificuldade na realização das provas, sobretudo na parte B (onde é pedido que faça ligação entre letras e números de forma crescente) confundindo a ordem do alfabeto (A-D-B-C-H-I-J-L-K-F).

Conclusões:

Verifica-se que a paciente apresenta **elevação em quase todas as escalas psicopatológicas**, com possibilidade de **Perturbação da Personalidade** segundo os resultados do MMPI-2.

Apresenta também, uma **velocidade de processamento muito inferior** à média com lentificação cognitiva.

A Psicóloga Clínica

A Psicóloga estagiária

ANEXO F2

Resultados de A. no MMPI-2

ANEXO F3

Resultados de A. no BSI

BRIEF SYMPTOM INVENTORY											
NOME		MS						DATA NASCIMENTO			
IGS	TSP	ISPD	SOMAT	OBS-COMP	SENSIT-INTP	DEPRESS	ANSIED	HOSTILID	ANSIEDFÓ	DEAPARA	PSICOTIC
1,43	13,00	5,85	1,86	1,50	0,50	2,17	1,67	1,60	0,40	1,80	1,00

NORMAS									
DIM	MÉD.	D.P.	Rbrutos	Notas z	DIM				
SOM	0,57	0,92	1,86	1,40	SOM				
OB-CP	1,29	0,88	1,50	0,24	OB-CP				
SENS IN	0,96	0,73	0,50	-0,63	SENS IN				
DEPR	0,89	0,72	2,17	1,77	DEPR				
ANS	0,94	0,77	1,67	0,94	ANS				
HOST	0,89	0,78	1,60	0,91	HOST				
ANS FB	0,42	0,66	0,40	-0,03	ANS FB				
ID PAR	1,06	0,79	1,80	0,94	ID PAR				
PSICOT	0,67	0,61	1,00	0,54	PSICOT				
IGS	0,84	0,48	1,43	1,24	IGS				
TSP	26,99	11,72	13,00	-1,19	TSP				
ISPD	1,56	0,39	5,85	10,99	ISPD				

***IGS (GSI) Índice Geral de Severidade (General Severity Index) - COMBINA NUMERO DE SINTOMAS E INTENSIDADE

ISPD (PSDI) Índice de Sintomas Positivos de Distress (Positive Symptom Distress Index) - MEDIDA DE INTENSIDADE CORRIGIDA FA

TSP (PST) Total de Sintomas Positivos (Positive Symptom Total) - CONTAGEM SINT. COTADOS 1 A 4

ANEXO 4

Resultados de A. nos subtestes da WAIS-III



Nome _____
 Data _____
 Examinador _____
 Dextro Esquerdino/Canhoto

Caderno de Respostas

Symbol Search	Ricerca di Simboli	Symbol Søk	Hledání symbolů
Symboles	Símbolos	Symboler	Hľadanie symbolov
Symboltest	Pesquisa de Símbolos	Merkintunnistus	
Διερεύνηση Συμβόλων	Symbolletning	Figuren Vergelijken	

Itens Exemplo

							<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO
							<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SIM

Itens Treino

							<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO
							<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO

Generated by Foxit PDF Creator © Foxit Software
<http://www.foxitsoftware.com> For evaluation only.



Traduzido e adaptado com autorização.
 Copyright © 1997 by NCS Pearson, Inc., U.S.A.
 Copyright da adaptação portuguesa © 2008 by NCS Pearson, Inc., USA e CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados.

Edição: CEGOC-TEA - Av. António Augusto Aguiar, 21, 2º, 1050-012 Lisboa.
 Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor.
 As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.
ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO EM TINTA AZUL, SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO OU NOUTRA COR É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL.

"Wechsler Adult Intelligence Scale", "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos" e "WAIS" são marcas registadas da Pearson Education, Inc. ou das suas afiliadas, nos E.U.A. e/ou noutros países. Pearson é uma marca registada da Pearson Education, Inc. ou das suas afiliadas, nos E.U.A. ou noutros países.
 Printed in Portugal. Impresso em Portugal.
 Depósito Legal: 280708/08

↕ △ 1 ∪ ↷ △ ∟ SIM NÃO

⊕ T ↕ ∟ T ∟ T SIM NÃO

∇ ∩ ≠ ∩ ∩ ⊕ ∇ SIM NÃO

∩ ∩ ∩ ∟ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

≠ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

∩ △ ∟ ∩ ∩ ∩ ∩ ∟ SIM NÃO

∟ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

∩ △ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

∩ ⊗ ∩ ∩ ∩ ⊗ ∩ SIM NÃO

↕ △ 1 ∪ ↷ △ ∟ SIM NÃO

∩ ⊗ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

1 ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

1 ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ ∩ SIM NÃO

∇ \ominus \otimes \mathcal{D} \ast \approx \cup SIM NÃO

∇ \curvearrowright \cup \perp \neq \triangleright ∇ SIM NÃO

∇ \otimes \approx \boxplus \oplus ∇ \parallel SIM NÃO

\perp \lrcorner \perp \dashv \parallel \lrcorner \rfloor SIM NÃO

\rfloor \parallel \parallel \otimes \sqsubset \neq \parallel SIM NÃO

\parallel ∇ \cup ∇ \perp \otimes \parallel SIM NÃO

\ominus \curvearrowright \sqsubset \oplus \mathcal{D} \sim \approx SIM NÃO

\sim \neq \otimes \sim \neq \triangleright \pm SIM NÃO

\lrcorner \parallel \cup \perp \perp \parallel ∇ SIM NÃO

\parallel \triangleright \perp \cup \curvearrowright ∇ \parallel SIM NÃO

∇ \perp \triangleright \perp \approx \cup \curvearrowright SIM NÃO

\triangleright \curvearrowright \curvearrowright \triangleright ∇ \ast \rfloor SIM NÃO

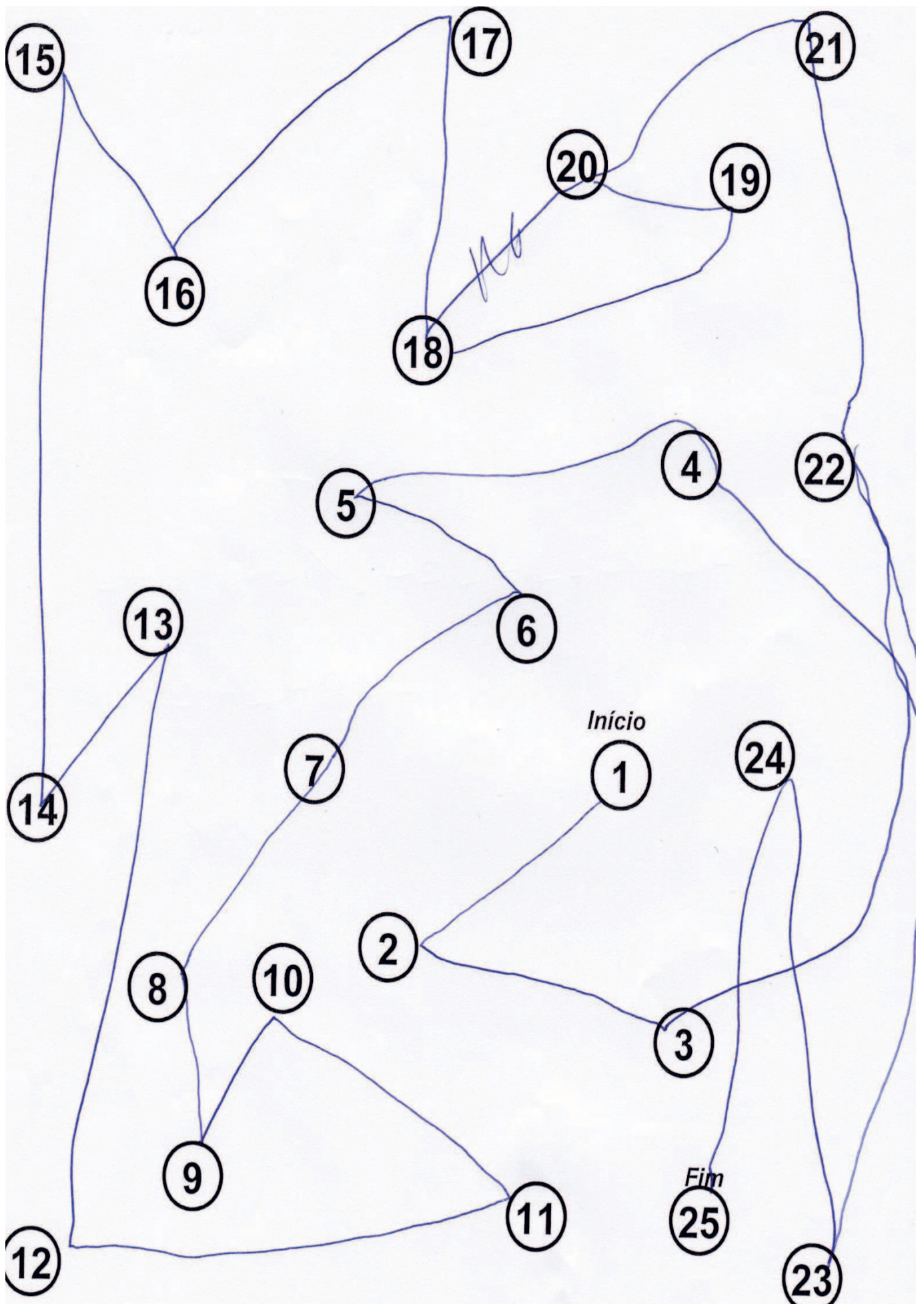
∇ \times \neq \mathcal{D} \approx \parallel \sim SIM NÃO

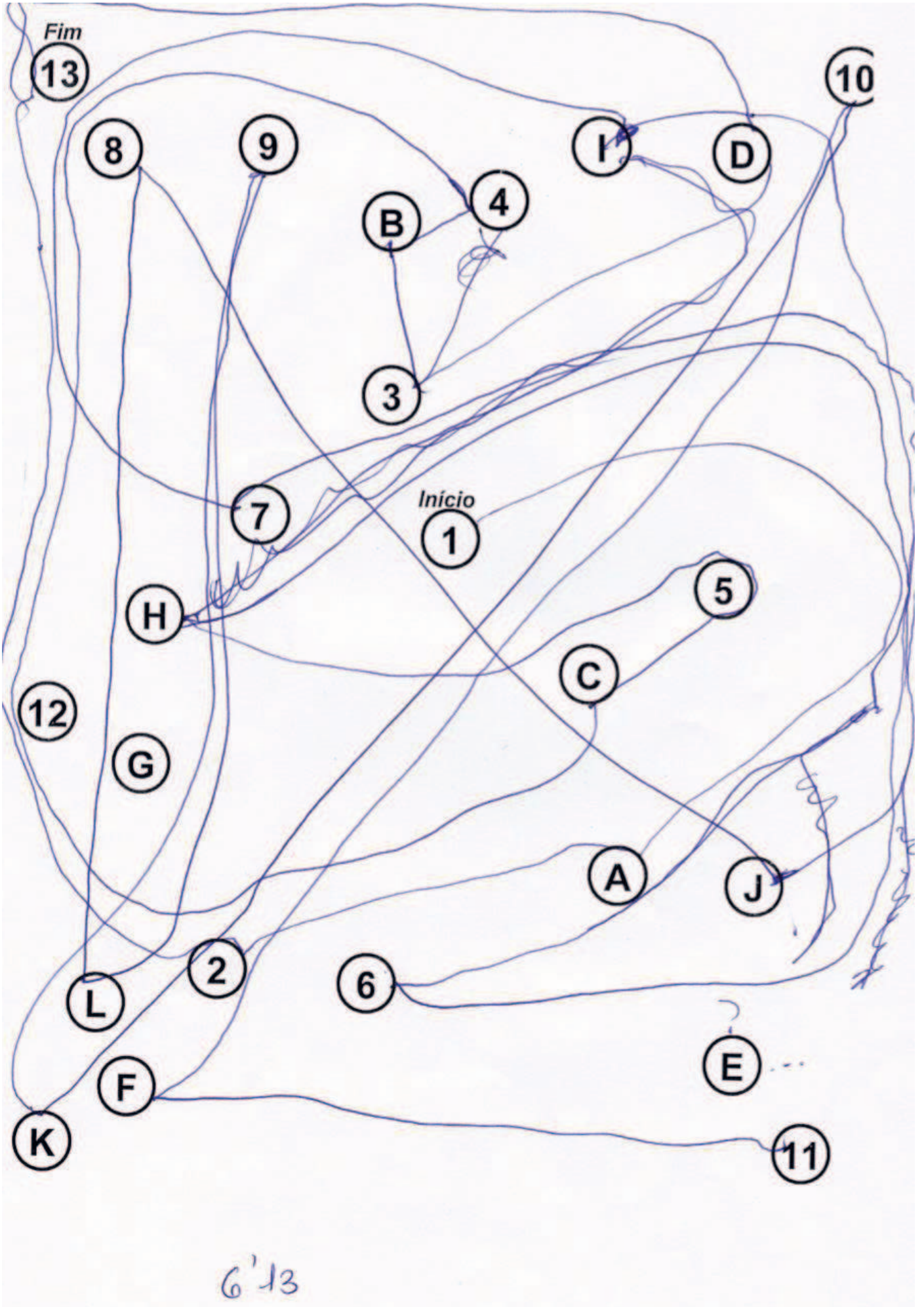
\sqsubset ∇ ∇ \cup \neq \triangleright \sqsubset SIM NÃO

\cup ∇ \approx \cup \perp $\&$ ∇ SIM NÃO

ANEXO F5

Resultados de A. no TMT A e B





ANEXO F6

Crêterios de diagnóstico para Perturba o de Stress P s-Traumático, segundo o DSM-5

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Stress Pós-Traumático

(APA, 2014)

Nota. Os seguintes critérios aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima dos 6 anos. Para crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, ver critérios correspondentes em baixo.

A. Exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:

1. Exposição direta a acontecimento(s) traumático(s).
2. Testemunhar, presencialmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas.
3. Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) a familiares ou amigos próximos. Nos casos de ameaça de morte ou morte real de um familiar ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental (is).
4. Exposição repetida ou extrema a pormenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s) (por exemplo, os primeiros a recolher restos humanos, agentes de polícia repetidamente expostos a pormenores de abuso de crianças).

Nota. O critério A4 não se aplica à exposição através dos *media* eletrónicos, televisão, filmes ou imagens, a menos que esta exposição esteja relacionada com o trabalho.

B. Presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s) aos quais estão associados:

1. Lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes.

Nota. Em crianças com mais de 6 anos, podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s) são expressos.

2. Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s).

Nota. Em crianças, podem existir sonhos perturbadores sem conteúdo reconhecível.

3. Reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão mais intensa envolve a perda completa de consciência do ambiente envolvente.)

Nota. em crianças, podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático durante as brincadeiras.

4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).
5. Reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

- C. Evitamento persistente dos estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como indicado por 1 ou ambos dos seguintes:

1. Evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente relacionados.
2. Evitamento ou esforço para evitar estímulos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados.

- D. Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou com agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:

1. Incapacidade para lembrar um aspeto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (tipicamente devido a amnésia

dissociativa e não devido a outros fatores como traumatismo cranioencefálico, álcool ou drogas).

2. Crenças ou expectativas sobre o próprio, os outros ou o mundo, exageradamente negativas e persistentes (por exemplo, «eu sou mau», «não se pode confiar em ninguém», «o mundo é inteiramente perigoso», «todo o meu sistema nervoso está permanentemente arruinado»).
 3. Cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do(s) acontecimento(s) traumático(s) que levam a pessoa a culpar-se a si própria ou aos outros.
 4. Estado emocional negativo persistente (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha).
 5. Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídas.
 6. Sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros.
 7. Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).
- E. Alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:
1. Comportamento irritável ou acessos de raiva (com a mínima ou mesmo sem provocação) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos.
 2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
 3. Hipervigilância.
 4. Resposta de sobressalto exagerada.
 5. Dificuldade de concentração.
 6. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).
- F. A duração da perturbação (Critérios B, C, D e E) é superior a um mês.

- G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.
- H. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou outra condição médica.

Especificar se:

Com sintomas dissociativos. Os sintomas do indivíduo preenchem os critérios para perturbação de stress pós-traumático e, além disso, em resposta a um fator de stress, o indivíduo experimenta um dos sintomas, de forma recorrente ou persistente:

1. **Despersonalização.** Experiências persistentes ou recorrentes de sensação de desprendimento em relação a si próprio, como se fosse um observador externo dos seus processos mentais ou corporais (por exemplo, sentir que se está num sonho, sensação de irrealidade do próprio ou do corpo ou de que o tempo passa lentamente).
2. **Desrealização.** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente (por exemplo, o mundo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota. Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, *blackouts*, comportamento durante a intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (por exemplo, crises parciais complexas).

Especificar se:

Com início tardio. Se os critérios completos de diagnóstico não estão preenchidos até pelo menos 6 meses após o acontecimento fator de stress ocorrer (embora alguns sintomas estejam presentes imediatamente).

ANEXO F7

Critérios de diagnóstico para Perturbação Bipolar I e II, segundo o
DSM-5

Critérios de Diagnóstico para Perturbação Bipolar I (APA, 2014)

Para o diagnóstico de perturbação bipolar I é necessário o preenchimento dos seguintes critérios para episódio maníaco. O episódio maníaco pode ser precedido, e pode ser seguido, por episódios hipomaníacos ou depressivos major.

Episódio maníaco

- A. Um período de humor anormal ou persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e uma atividade ou energia dirigida a objetivos anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se for necessária a hospitalização).
- B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade estão presentes num grau significativo e representam uma alteração notória do comportamento habitual, 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável):
 - 1. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
 - 2. Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de apenas 3 horas de sono).
 - 3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
 - 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
 - 5. Distratibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.
 - 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora (isto é, atividades sem propósito não dirigida a objetivos).
 - 7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).
- C. A alteração do humor é grave o suficiente para provocar um déficit marcado no funcionamento social e ocupacional, ou para necessitar de hospitalização para

prevenir danos para o próprio ou outros, ou quando existem características psicóticas.

- D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento) ou secundário a outra condição médica.

Nota. Um episódio maníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para episódio maníaco e, conseqüentemente, para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Nota. Os critérios A-D constituem um episódio maníaco, é necessário pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida para diagnóstico de perturbação bipolar I.

Episódio Hipomaníaco

- A. Um período de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e uma atividade ou energia dirigida a objetivos anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
- B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade, persistem 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável), representando uma alteração notória do comportamento habitual e estando presentes num grau significativo:
1. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
 2. Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de apenas 3 horas de sono).
 3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
 5. Distratibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.
 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora.

7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).
- C. O episódio está associado com uma mudança inequívoca do funcionamento que não é característica da pessoa quando não está sintomática.
 - D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis pelos outros.
 - E. O episódio não é suficientemente grave para provocar um déficit marcado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se existirem características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.
 - F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento).

Nota. Um episódio hipomaníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindrômico completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para episódio hipomaníaco. Contudo, recomenda-se precaução, uma vez que, 1 ou 2 sintomas (particularmente irritabilidade aumentada, irascibilidade ou agitação consequente ao uso e antidepressivos) não são considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota. Os critérios A-F constituem um episódio hipomaníaco. Episódios hipomaníacos são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Episódio Depressivo Major

- A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração relativamente ao funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda do interesse ou do prazer.

1. Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou desesperançado) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). (**Nota.** Em crianças e adolescentes, o humor poder ser irritável.)
 2. Diminuição marcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicando pelo relato subjetivo ou pela observação).
 3. Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota.** Em crianças deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso).
 4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
 5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observável por outros; não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autoconsura ou sentimentos de culpa por estar doente).
 8. Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou observação pelos outros.)
 9. Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, ou uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota. os critérios A-C constituem um episódio depressivo major. Episódios depressivos major são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Nota. Respostas a uma perda significativa (por exemplo, luto, ruína financeira, perdas consequentes a um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, apetite fraco e perda de peso referidos no Critério A, o que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora alguns dos sintomas possam ser compreensíveis, ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo major sobreposto a uma resposta normal a uma perda significativa deve, também, ser ponderada com cuidado. Esta decisão requer, inevitavelmente, o exercício do julgamento clínico baseado na história da pessoa e nas normas culturais para a expressão de angústia no contexto de perda.

Perturbação Bipolar I

- A. Preenchimento dos critérios para pelo menos 1 episódio maníaco (Critérios A-D do «Episódio Maníaco» supramencionado).
- B. Os episódios maníaco ou depressivo major não são mais bem explicados por uma perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica.

Critérios de Diagnóstico para Perturbação Bipolar II (APA, 2014)

Para o diagnóstico de perturbação bipolar II é necessário o preenchimento dos seguintes critérios para episódio hipomaníaco atual ou passado e dos seguintes critérios para episódio depressivo major atual ou passado:

Episódio Hipomaníaco

- A. Um período de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e uma atividade ou energia dirigida a objetivos anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
- B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade, persistem 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável), representando uma alteração notória do comportamento habitual e estando presentes num grau significativo:
 - 1. Autoestima aumentada ou grandiosidade.
 - 2. Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de apenas 3 horas de sono).
 - 3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.
 - 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.
 - 5. Distratibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.
 - 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora.
 - 7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).
- C. O episódio está associado com uma mudança inequívoca do funcionamento que não é característica da pessoa quando não está sintomática.
- D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis pelos outros.

- E. O episódio não é suficientemente grave para provocar um déficit marcado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se existirem características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.
- F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento).

Nota. Um episódio hipomaníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para episódio hipomaníaco. Contudo, recomenda-se precaução, uma vez que, 1 ou 2 sintomas (particularmente irritabilidade aumentada, irascibilidade ou agitação consequente ao uso e antidepressivos) não são considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota. Os critérios A-F constituem um episódio hipomaníaco. Episódios hipomaníacos são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Episódio Depressivo Major

- A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração relativamente ao funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda do interesse ou do prazer.
 1. Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou desesperançado) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). (**Nota.** Em crianças e adolescentes, o humor poder ser irritável.)
 2. Diminuição marcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicando pelo relato subjetivo ou pela observação).
 3. Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal

num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
(**Nota.** Em crianças deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso).

4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observável por outros; não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autoconsura ou sentimentos de culpa por estar doente).
8. Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou observação pelos outros.)
9. Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, ou uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota. os critérios A-C constituem um episódio depressivo major. Episódios depressivos major são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.

Nota. Respostas a uma perda significativa (por exemplo, luto, ruína financeira, perdas consequentes a um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, apetite fraco e perda de peso referidos no Critério A, o que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora alguns dos sintomas possam ser compreensíveis, ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo major sobreposto a uma resposta normal a uma perda significativa deve, também, ser ponderada com cuidado. Esta decisão requer, inevitavelmente,

o exercício do julgamento clínico baseado na história da pessoa e nas normas culturais para a expressão de angústia no contexto de perda.

Perturbação Bipolar II

- A. Preenchimento de critérios para pelo menos um episódio hipomaniaco (Critérios A-F do «Episódio Hipomaniaco» supramencionado) e pelo menos um episódio depressivo major (Critérios A-C do «Episódio Depressivo Major» supramencionado).
- B. Inexistência de episódio maníaco prévio.
- C. A ocorrência do(s) hipomaniaco(s) e depressivo(s) major não é mais bem explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, ou outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou outra perturbação psicótica.
- D. Os sintomas da depressão ou a imprevisibilidade causada pela alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

CRITÉRIO F8

Critérios de diagnóstico para Perturbação Estado-Limite da
Personalidade, segundo DSM-5

Critérios de Diagnóstico para Perturbação Estado-Limite (*Borderline*) da Personalidade (APA, 2014)

Padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, e impulsividade marcada começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado. (**Nota.** Não incluir os comportamentos suicidas ou automutilantes descritos no Critério 5.)
2. Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado por alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação de identidade: autoimagem ou sentimento de si próprio marcados e persistentemente instáveis.
4. Impulsividade pelo menos em 2 áreas que são potencialmente autolesivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, condução imprudente, ingestão alimentar compulsiva). (**Nota.** Não incluir os comportamentos suicidas ou automutilantes descritos no Critério 5.)
5. Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a reatividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, em regra durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias).
7. Sentimento crónico de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlar a raiva (por exemplo, demonstrações frequentes de temperamento, raiva constante, lutas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves.

ANEXO F9

Critérios de diagnóstico para Intoxicação pela Álcool, segundo o
DSM-5

Crêterios de Diagnóstico para Intoxica o pelo  lcool (APA, 2014)

- A. Ingestão recente de  lcool
- B. Altera es comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento agressivo ou sexual inapropriado, labilidade do humor, discernimento comprometido) que se desenvolveram durante ou pouco tempo depois da ingestão de  lcool.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolveram durante ou pouco depois do uso de  lcool:
 - 1. Discurso empastado.
 - 2. Descoordena o.
 - 3. Marcha instável.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Défices da aten o ou memória.
 - 6. Estupor ou coma.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condi o médica ou não   mais bem explicado por outra perturba o mental, incluindo intoxica o por outra substância.

ANEXO F10

Curriculum Vitae

Curriculum vitae

Informação pessoal

Apelido – Nome
Morada

Porto
Portugal

Telefone
Endereço de correio
eletrónico

Nacionalidade

Portuguesa

Data de nascimento

Sexo

Feminino

Carta de condução categoria A e B datada de julho de 1993

Experiência profissional

1989/1991 1º Emprego fábrica de calçado em vila verde (Braga).

Datas

De 1996 a 2005

Empregada de limpeza em escritórios entre outras na empresa Parisiene de netoyage.

Chefe de equipa nesta mesma mas não gostei de liderar uma equipa.

Função ou cargo ocupado

Administração de Condomínio

Principais atividades e
responsabilidades

Atendimento dos condóminos, recebimentos e gestão logística, assim como a manutenção. Muita experiencia na área de limpezas de condóminos, domésticos etc..

Datas

De 2000 a 2002

Função ou cargo ocupado

Empregada Comercial

Principais atividades e
responsabilidades

Atendimento ao público na venda de material didático, venda e elaboração de fotocópias, registo de euro milhões, venda de lotarias, tabaco, jornais, revistas e atendimento telefónico, caixa etc...

<p>Datas</p> <p>Função ou cargo ocupado</p> <p>Principais atividades e responsabilidades</p>	<p>2008</p> <p>Vigilante de Creche</p> <p>Trabalhou como vigilante na Associação Juvenil A Bogalha, tendo como funções vigilante de crianças e participação nas atividades educativas em conjunto com a Educadora de Infância.</p> <p>Escola B2 B3 de cabreirós Braga em 2009/2010 vigilante ajudar os miúdos na hora de almoço na cantina limpeza de recintos e jardins, também tive oportunidade de ajudar na cozinha na preparação das refeições assim como servi las.</p>
--	--

2013/2014

.Residencial Visconde de Setúbal no turno da noite/dia, (dois dias de no turno de dia duas noites no turno da noite). Como polivalente, Limpeza pequenos-almoços, receção reservas telefone um pouco de tudo o que for preciso no momento visto que me encontro só. (assim como as contas do dia quando faço noite etc...

Restaurante marie luise , Chez fernand (Paris).

Hotel Hilton , Mercury Íbis(Paris)

Formação académica e profissional

<p>Datas</p> <p>Designação do certificado ou diploma atribuído</p> <p>Nome e tipo da organização de ensino ou formação</p>	<p>1997</p> <p>Curso Segurança e Primeiros Socorros.</p> <p>Grupe Octogone – Paris.</p> <p>Formação em Primeiros Socorros, e Segurança, no centro de formação Goup e Octogone de Paris, com aprovação, onde foram abordados os seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O direito na segurança. -A regulamentação dos profissionais de segurança. -o controle de acesso. -A definição dos riscos e das funções preventivas do Agente de Segurança. -O socorrismo. <p>(Atualmente não está atualizado)</p>
--	---

<p>Datas</p> <p>Designação do certificado ou diploma atribuído</p> <p>Nome e tipo da organização de ensino ou formação</p>	<p>6º Ano de Escolaridade em 1986</p> <p>Escola Primária de Moure vila Verde</p> <p>Em 2009 conclui o 9º ano de Escolaridade</p> <p>Na Associação Comercial de Braga</p> <p>Rua dos chãos em Braga</p>
--	--

Datas

Em 2010/11 Curso EFA

Designação do certificado ou diploma atribuído

Instalação e Manutenção de Sistemas Informáticos com Dupla Certificação (nível III)

Nome e tipo da organização de ensino ou formação

Solução centro de Formação profissional e tecnológica
Estágio de 210 horas na Cartridge Word em Braga tel-253-215022 onde era polivalente e aprendi a reabastecer tinteiros e toners com nota final no estágio de 18 valores.

Língua (s) materna (s)

Português

Outra (s) língua (s)

Autoavaliação

Compreender		Falar		Escrever
Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
X	X	X	X	X
X		x		
X		x		

Francês

Inglês

Italiano

Espanhol

Formação e Workshops

-Evento, Altimate-Tech Session: Red hat Enterprise Linux 6.
Que decorreu no dia 17 de março de 2011 no Novo hotel em Vila Nova de Gaia.
-Evento, Workshop H.S.T Business.
Que decorreu no dia "4 de Março de 2011 no Auditório do museu D. Diogo de Sousa em Braga.

Aptidões e Competências Informáticas

Conhecimentos de informática na ótica de utilizador avançado nas diversas ferramentas do Microsoft office , nos diversos módulos de soft de Gestão em particular o Primavera Soft.
Conhecimento de Analise de Sistemas, diagramas de Fluxo de Dados e Entidade/Relação.

ANEXO G1

Critérios de diagnóstico para Perturbação de Ansiedade de
Doença, segundo o DSM-5

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade de Doença

(APA, 2014)

- A. Preocupação de ter ou vir a ter uma doença grave.
- B. Ausência de sintomas somáticos ou, se presentes, são apenas de intensidade ligeira. Se outra condição médica está presente, ou se existe um risco elevado de desenvolver uma condição médica (por exemplo, presença de antecedentes familiares relevantes), a preocupação é claramente excessiva ou desproporcional.
- C. Nível elevado de ansiedade relacionado com a saúde, ficando o indivíduo facilmente alarmado acerca da sua condição de saúde.
- D. O indivíduo apresenta comportamentos excessivos relacionados com a saúde (por exemplo, verificação repetida do próprio corpo à procura de sinais de doença) ou evitamento desadaptativo (por exemplo, evita consultas médicas ou hospitais).
- E. A preocupação com a doença está presente há pelo menos 6 meses, podendo a doença específica temida mudar ao longo desse período de tempo.
- F. A preocupação relacionada com a doença não é mais bem explicada por outra perturbação mental, tal como a perturbação de sintomas somáticos, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação dismórfica corporal, perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbação delirante de tipo somático.

Especificar se:

Procura cuidados de saúde. Os cuidados médicos, incluindo consultas médicas ou realização de testes e procedimentos, são usados com frequência.

Evita cuidados médicos. Os cuidados médicos raramente são usados.

ANEXO G2

Relaxamento Muscular Progressivo

Relaxamento progressivo de Jacobson (1938)

O relaxamento sucede depois de uma forte tensão causada em vários grupos de músculos de todo o corpo.

A tensão será aplicada em 16 grupos musculares. Com esta técnica de relaxamento, os músculos são tensos e "largados" várias vezes, procurando um relaxamento cada vez mais profundo.

Procure uma posição confortável (pode ser numa cadeira ou até mesmo deitado). A sequência tensão/relaxamento de cada grupo muscular é repetida até conseguir o relaxamento nos músculos em questão, sendo que, o largar a tensão dos músculos, seja feita de forma repentina.

Tente não se mover durante o exercício e mantenha os olhos fechados.

Tente respirar na barriga e não no peito.

Grupo 1: Feche a mão direita. Sinta a tensão na mão e antebraço. Agora largue. Repita.

Grupo 2: Empurre o cotovelo da direita contra a cadeira ou contra o chão. Sinta a tensão que isto causa nos bíceps. Quando se sentir bem, largue a tensão e note a diferença. Repita.

Grupo 3: Como o grupo 1 à esquerda.

Grupo 4: Como o grupo 2 à esquerda.

Grupo 5: Levante as sobrancelhas e faça rugas na testa.

Grupo 6: Feche os olhos com força e levante o nariz.

Grupo 7: Cerre os dentes com uma força média e puxe os cantos da boca para trás como se estivesse a rir-se exageradamente.

Grupo 8: Para causar tensão à volta do pescoço, puxe o queixo para o peito sem deixar tocar.

Grupo 9: Inspire, suspenda a respiração e puxe os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sinta a tensão nos ombros, peito e costas.

Grupo 10: Ponha os músculos da barriga duros, como se fosse receber um murro na barriga.

Grupo 11: Contraia os músculos da coxa da direita.

Grupo 12: Empurre os dedos do pé direito para cima de forma a que a barriga da perna fique dura.

Grupo 13: Vire o pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta bem a tensão que isto causa na parte do meio do pé.

Grupo 14: Como o grupo 11 à esquerda.

Grupo 15: Como o grupo 12 à esquerda.

Grupo 16: Como o grupo 13 à esquerda.

ANEXO G3

REGISTO DE PENSAMENTOS

ANEXO G4

Situações e comportamentos associados

Situações que despertam sentimentos menos bons

Fazer exames médicos

Quando a minha esposa fica doente

Se posso vir a ter uma doença incurável

São mais os pensamentos negativos que me deixam

Quando ~~me lembro~~ que fui deixado pelos meus pais

Quando quero uma coisa e não a tenho começo a cismar

Que comportamentos tem perante essas situações?

Fico zangado, chateio-me com tudo

Azeijo complicações onde não existem

Abrancido, triste

Preocupado

Fico mais mal-disposto, fingir que não vejo as pessoas

Fico mais ansioso

Comço a cismar com as coisas até que se resolvam

Fico precipitado

ANEXO G5

Consequências a curto e a longo prazo

Que consequências esses sentimentos/comportamentos têm na sua vida a curto-longo prazo?

Não falar para ninguém, não ir ao café e
~~me~~ nem querer falar com ninguém.

Só aquela ideia é que fica na minha
cabeça, não penso em mais nada →

Refugiu-me em casa



curto- prazo

A fica sempre um feição de dentes,
Sou ~~o~~ revoltado com coisas q aconteceram antes.
Acho q também é uma consequência

ANEXO G6

Vantagens e desvantagens em ficar preocupado

VANTAGENS	DESvantagens
Ter certeza	Ficar aborrecido Medo de morrer Não quero e falar Não acho piada nem quero beincar perder o gosto por tudo Muita ansiedade Posso ficar agressivo Fico a ruminar Deixar de ser quem sou " só tenho desvantagens em ficar preocupado "

ANEXO G7

Alternativas para reduzir a preocupação

Alternativas para reduzir a preocupação

Caminhada parque me distrai.

Fazte a respiração

Relaxamento

Passear com esposa a Areias

Lee o jornal e ir ao café

Lee ~~livros~~ debruço

Vantagens e desvantagens dessas alternativas

Vantagens	Desvantagens
<p>Sinto-me melhor Faz-me pensar noutas coisas O relacionamento com a minha esposa fica melhor Sinto-me mais satisfeito Conto histórias para fazer rir Deixa-me menos ansioso Não me penso tanto nisso</p>	<p>As vezes não tenho tanta vontade, mas vou sempre Não tenho desvantagens</p>

