

Relatório de estágio

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Diana Catarina de Sousa Almeida Moreira

Nº 21876

Supervisão: Professora Doutora Maria Emília Areias

Local de Estágio: Centro Hospitalar

Gandra, 2018

Declaração da integridade

Diana Catarina de Sousa Almeida Moreira, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório do Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros forem referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Um agradecimento muito especial aos meus pais por todo o apoio incondicional e amor que me deram ao longo dos anos, por me ajudarem a seguir os meus objetivos, por estarem do meu lado em todos os meus desafios, por acreditarem no meu potencial e acima de tudo por eu ser a pessoa que sou hoje.

Ao meu namorado, Nuno Barbosa, o meu muito obrigada por estar presente não só nos bons, mas também nos maus momentos, por ser o meu confidente e pelo seu apoio incondicional.

Quero agradecer á minha avó, por ser como uma segunda mãe para mim, por me ter ajudado a crescer com todo o seu carinho, apoio e doçura, por mostrar que eu posso ser sempre uma pessoa melhor dia após dia.

Às minhas primas, Mafalda e Matilde, obrigada por darem mais cor à minha vida, por me ajudarem a crescer e por crescerem comigo, por todos os momentos alegres que me proporcionam e por relativizarem momentos mais tensos que possam surgir.

Agradeço aos meus padrinhos, por estarem sempre presentes na minha vida e pelo apoio, carinho e força que me deram ao longo destes anos.

Aos meus restantes familiares, amigos e colegas, obrigada por fazerem parte da minha vida e por todo o apoio que me deram quando foram solicitados.

Agradeço à minha orientadora de local de estágio pela sua ajuda, apoio, compreensão, paciência e partilha de conhecimentos, e por me ter dado oportunidade de tê-la como orientadora.

Quero agradecer à Professora Dra. Maria Emília Areias pela sua orientação e motivação, por sempre ter partilhado os seus conhecimentos comigo. Obrigada por todo o apoio que me deu.

À D. Rosária Dias agradeço pela sua simpatia e disponibilidade para o esclarecimento de todas as minhas dúvidas.

A todo o corpo docente agradeço toda a dedicação que tiveram para comigo, obrigada por me terem dado bases para ser uma melhor profissional.

Por último quero agradecer a todos os profissionais do Serviço de Medicina Física e Reabilitação e da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental por me terem ajudado sempre que precisei.

A todos,

O meu mais sincero agradecimento

Índice

1. Introdução	7
2. Caracterização da instituição de estágio	8
2.1. Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR)	9
2.2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM)	9
3. Papel do Psicólogo	10
4. Descrição de atividades desenvolvidas	11
4.1. Observação das Consultas	11
4.2. Avaliação Psicológica	12
4.3. Consulta Psicológica	13
4.4. Consulta de Intervenção em Crise	14
4.5. Intervenção em Grupos	15
4.5.1. Intervenção no Grupo dos Cardíacos	15
4.5.2. Intervenção no grupo de ansiedade	16
4.5.3. Plano de intervenção para um grupo de pacientes com Síndrome Obstrução Defecatória (SOD)	16
4.6. Participação nas Investigações	17
4.7. Participação numa aula da Unidade Curricular de Psicologia Clínica e da Saúde	18
4.8. Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia	18
4.9. Reuniões de Supervisão de Estágio	19
4.10. Reuniões Científicas do Serviço de Psiquiatria	19
5. Estudo de Caso – M.M.	20
5.1. Identificação	20
5.2. Motivo da Consulta	20
5.3. Informação médica relevante	21
5.4. Psicofarmacologia	21
5.5. História do problema	22
5.6. Genograma	22
5.7. História familiar	23
5.8. História de vida	23
5.9. Processo de Avaliação	25
5.10. Enquadramento Conceptual	26
5.11. Intervenção Psicológica	28
5.12. Reflexão do Caso M.M.	33
6. Conclusão	34
7. Bibliografia	35

Índice de Figuras

Figura 1 – Genograma familiar do Caso M.M.....	22
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Casos acompanhados ao longo do estágio curricular	14
Tabela 2 – Estratégias e técnicas utilizadas para a Intervenção Psicológica do Caso M.M.....	29

Índice de Anexos

Anexo I - Relatórios de Avaliação Psicológica	38
Anexo II – Planeamento de sessões de intervenção nos Grupos Psicoeducativos	45
Anexo III – Apresentação em PowerPoint – Grupo de Reabilitação Cardíaca	49
Anexo IV - Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (sessão 2)	57
Anexo V - Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (sessão 6).....	67
Anexo VI - Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (sessão 10)	76
Anexo VII - Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (sessão 19).....	91
Anexo VIII - Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (sessão 20)	99
Anexo IX – Folhetos informativos para o Grupo de Ansiedade.....	105
Anexo X – Póster apresentado na XIX Jornadas da Psicologia do IUCS.....	110
Anexo XI – Artigo científico para a Apresentação no 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses	112
Anexo XII – Apresentação em PowerPoint do Caso Clínico na Unidade Curricular de Psicologia Clínica e da saúde	119
Anexo XIII – Folha de Registo de Pensamentos Automáticos (Estudo de caso)	131
Anexo XIV – Folha de Registo de aspetos positivos e negativa na vida (Estudo de caso)	133

1. Introdução

Este relatório apresenta a experiência de estágio realizado num Centro Hospitalar, nos serviços de Medicina Física e Reabilitação e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, no âmbito do 2º ano do plano curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

O estágio decorreu entre Outubro de 2017 e Junho de 2018, com a orientação de uma psicóloga do Centro Hospitalar, e com a supervisão da Professora Dra. Maria Emília Areias.

O horário semanal do estágio foi acordado entre a orientadora e estagiária, foi disposto em três dias por semana, a quarta-feira das 9h 30 às 15h30, a quinta-feira das 9h às 19h e a sexta-feira das 9h às 11h 30.

Neste documento, a estagiária tem o objetivo de explicar o seu percurso ao longo do período do estágio, começando por caracterizar a instituição e os serviços de acolhimento, descrevendo depois as funções e atividades dos psicólogos nos serviços referidos, bem como as atividades desenvolvidas pela estagiária.

Numa segunda parte do relatório, é apresentada a casuística ao longo do estágio, destacando-se, para explanação mais profunda, um estudo de caso.

O relatório encerra-se com uma reflexão aprofundada sobre as experiências, as dificuldades, desafios e aprendizagens ao longo do processo de estágio.

2. Caracterização da instituição de estágio

O Centro Hospitalar localiza-se no Porto e presta assistência às populações de várias freguesias. E também a outros concelhos.

Com uma lotação oficial de 1.105 camas, distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas, o Centro Hospitalar é o centro de referência para o qual são encaminhados doentes de outros distritos, bem como de áreas geográficas mais alargadas no contexto das redes de referência hospitalar.

Os serviços clínicos agrupam-se nas seguintes unidades:

1. Cirurgia que inclui a Anestesiologia, o Bloco Operatório Central, a Cirurgia Cardiorácica, a Cirurgia de Ambulatório, a Cirurgia Geral, a Cirurgia Máximo-facial, a Cirurgia Plástica e Reconstructiva, a Cirurgia Vascular, a Estomatologia, a Neurocirurgia, a Oftalmologia, a Ortopedia e Traumatologia, a Otorrinolaringologia e a Urologia;
2. Medicina que inclui a Cardiologia, Cuidados Paliativos, Dermatologia, Doenças Infeciosas, Endocrinologia, Gastrenterologia, Genética Humana, Hematologia Clínica, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia e Reumatologia;
3. Urgência e Medicina Intensiva que é agrupada pela Urgência Polivalente e Medicina Intensiva;
4. Clínica da Mulher constituída pela Ginecologia e Obstetrícia, e o Centro da Mama;
5. Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental que é constituída pela Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência;
6. Centro Pediátrico composto pela Pediatria Médica, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Urgência Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatologia;
7. Centro de Imagiologia que é constituído pela Medicina Nuclear, Neurorradiologia, Radiologia e Radioterapia;
8. E por fim, o Centro de Medicina Laboratorial que é constituído por Anatomia Patológica, Imunohemoterapia e Patologia Clínica.

2.1. Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR)

O SMFR iniciou a sua atividade com a consulta de Fisioterapia em 1961. Tendo sofrido ao longo do tempo algumas mudanças tanto ao nível das estruturas, como ao nível de funcionamento.

No SMFR são realizadas várias atividades que se dividem entre consulta interna, consulta externa, consulta em grupo e programas de tratamento de reabilitação.

Essas consultas podem ser multidisciplinares consoante as necessidades de cada paciente. Os tratamentos podem ser realizados no internamento ou nos vários setores terapêuticos do serviço, entre os quais, a fisioterapia, a hidroterapia, a terapia da fala, a reabilitação cardíaca, a terapia ocupacional, as atividades de vida diária e a reabilitação pediátrica.

2.2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM)

O serviço de Psiquiatria do hospital foi inaugurado no ano de 1963, com abertura da consulta externa, posteriormente, em 1970 foi criado o Hospital de dia, e em 1978 o Internamento foi inaugurado. Desde 2005 foi constituído como unidade autónoma de gestão atualmente designada como Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.

A CPSM presta assistência no contexto hospitalar quer seja em internamento, ou em ambulatório, também tem um programa comunitário, que inclui a intervenção em crise e o acompanhamento do doente psiquiátrico crónico. São integradas na CPSM consultas específicas relacionadas com as Perturbações de Stress Pós-traumático, Sexologia Clínica, Perturbações do Espectro Obsessivo e Perturbações de Comportamento Alimentar.

As Unidades de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, de Psiquiatria do Jovem e da Família, de Psiquiatria Comunitária, de Psiquiatria de Ligação e de Psiquiatria Forense estão integradas na CPSM.

3. Papel do Psicólogo

O desenvolvimento da Psicologia como especialidade e disciplina de saúde levou ao surgimento de várias subespecialidades que incluem a psicologia clínica, neuropsicologia clínica e a psicologia da saúde.

A psicologia clínica é a especialidade responsável pela intervenção psicológica ao nível de cognições e ao nível comportamental de uma forma contínua para indivíduos. É uma especialidade dedicada à psicopatologia, inclusive a psicopatologia severa. É marcada pela integração de conhecimentos dentro e fora da psicologia propriamente dita. (American Psychological Association, 2018)

Já a Neuropsicologia foca-se no funcionamento cerebral e como este afeta os comportamentos dos indivíduos, e como o comprometimento cerebral provoca problemas comportamentais. Os Neuropsicólogos avaliam o cérebro e o funcionamento comportamental do paciente, dando estratégias para os pacientes lidarem com as suas limitações ao nível cerebral. A maioria dos neuropsicólogos trabalham em contexto hospitalar, principalmente nas áreas de reabilitação. (Plante, 2005)

Segundo Matarazzo (1980), a psicologia da saúde é uma área que se dedica à promoção, à manutenção da saúde e ao tratamento da doença. Sugestiona que as pessoas são seres complexos e que a doença é causada por múltiplos fatores, sendo causada não só por fatores biológicos, mas também por fatores psicológicos e sociais. O paciente não é visto como um ser passivo, ou seja, é responsável pelo seu estado de saúde e ele pode influenciá-lo, pois o tratamento não é apenas físico, sendo que também é importante mudar comportamentos e cognições (Ogden, 2000; p. 4-6).

Segundo Ogden (2000; p.6), os principais objetivos desta área da psicologia são avaliar o papel do comportamento na origem da doença, compreender os comportamentos de risco, avaliar o papel da psicologia na doença e no tratamento da mesma.

Wahass (2005), refere que os psicólogos em contexto hospitalar podem trabalhar de uma forma independente ou então fazem parte de uma equipa multidisciplinar. Os psicólogos contribuem não só para a saúde mental, mas também para a saúde física. As suas atividades ocorrem tanto em internamento como em ambulatório.

No contexto hospitalar, em Portugal, o psicólogo deve trabalhar em parceria com outros profissionais de saúde dos outros serviços ou unidades do hospital. As atividades dos psicólogos dependem das necessidades dos serviços ou unidades a que pertencem (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018)

Os cuidados do psicólogo, em contexto de cuidados de saúde, podem se dividir em cuidados primários, secundários e terciários. Os cuidados primários consistem nas intervenções psicológicas para prevenir doenças e para promover a saúde comportamental, os cuidados secundários são avaliações psicológicas, diagnósticos psicológicos, tratamentos psicológicos e reabilitação dos pacientes, por último os cuidados terciários estão relacionados com o tratamento de aspetos psicológicos em pacientes com doenças graves que podem ser, agudas ou crónicas. (Wahass,2005)

As principais funções do psicólogo em contexto hospitalar são a avaliação psicológica, o tratamento ou intervenção psicológica, aconselhamento psicológico, consultoria de outros profissionais de saúde e investigações. Para além das demais, nessas funções são incluídos procedimentos que permitem a compreensão, a previsão e o alívio dos aspetos intelectuais e emocionais, contribuindo para diminuir o desajuste físico, psicológico, social e comportamental, bem como outras formas de desconforto. (American Board of Clinical Psychology, 2009)

4. Descrição de atividades desenvolvidas

4.1. Observação das Consultas

A observação de consultas iniciou-se em outubro de 2017, e decorreu às quintas feiras, de manhã e de tarde, e às sextas feiras apenas pela parte da manhã.

As consultas foram realizadas pela orientadora do estágio no SMFR e na CPSM, sendo possível observar entrevistas clínicas, avaliações psicológicas e acompanhamento psicoterapêutico. No SMFR os principais motivos de encaminhamento são os enfartes, amputações, incontinências, síndrome de obstrução defecatória e acidente vascular cerebral. Já na CPSM os motivos principais são as perturbações de ansiedade, perturbação depressiva, perturbações de personalidade e luto complicado.

Sempre que possível, no início ou no fim da consulta, era realizada uma reflexão sobre a história e a problemática do paciente. O período de observação terminou no fim de estágio no final do mês de junho de 2018.

4.2. Avaliação Psicológica

Durante o estágio foi proposto à estagiária que realizasse avaliações de personalidade e neuropsicológicas. O pedido de avaliação era sempre realizado por algum psiquiatra-assistente do Centro Hospitalar. As avaliações psicológicas foram iniciadas em janeiro 2018 e realizaram-se na CPSM do Centro Hospitalar.

Estas avaliações permitiram que a estagiária estivesse em contacto com provas, como o MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota) para avaliação da personalidade; HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) para avaliação de ansiedade e depressão em contexto hospitalar; STAI (Inventário de Ansiedade Estado-Traço) que avalia a ansiedade de traço e ansiedade de estado; PSQI (Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh) que avalia a qualidade do sono; o MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para avaliação do estado mental global; o DRS-2 (Escala de Avaliação de Demência) que foi aplicado para medir níveis de funcionamento cognitivos superiores avaliados e que permite diferenciar diferentes níveis de capacidades neuropsicológicas em doentes com demência; o TMT (Trail Making Test) que avalia a procura visual, a velocidade de processamento, a flexibilidade mental e as funções executivas; o Código subprova da WAIS-III (Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - 3ª Edição) que permite a avaliação das capacidades de aprendizagem, a reprodução de modelos, o processamento visual, e a velocidade de processamento e o IFS (INECO Frontal Screening) permite avaliar as funções executivas.

4.3. Consulta Psicológica

As consultas psicológicas iniciaram-se de forma autónoma a fevereiro de 2018 no SMFR às quintas feiras da parte da manhã, e na CPSM às quintas feiras da parte da tarde, e às sextas feiras da parte da manhã.

As consultas destinadas à intervenção psicológica realizaram-se no SMFR, sendo os motivos de encaminhamento a reabilitação cardíaca, amputações, acidentes vasculares cerebrais e esclerose múltipla, realizaram-se também na CPSM e os principais motivos de encaminhamento foram de sintomatologia ansiosa e depressiva, de luto complicado, de problemas familiares e de relações conjugais.

Pontualmente, e por necessidades logísticas por parte da orientadora e dos serviços do centro hospitalar, foram realizadas algumas das consultas não contempladas na casuística da estagiária.

Na Tabela 1 está apresentada a casuística da estagiária no decorrer do estágio curricular. Os dados que pudessem permitir a identificação dos pacientes foram modificados para que o anonimato e a confidencialidade fossem salvaguardados.

Identificação	Referenciação	Problemática	Abordagem	Observações
AA 73 anos (Masculino) (8 consultas)	SMFR	Inadaptação á doença; (AVC) Agressividade conflito conjugal	<ul style="list-style-type: none">• Reestruturação cognitiva;• Estabelecer atividades que pode fazer ao longo da semana• Incentivar a autonomia;• Relaxamento muscular progressivo de jacobson	Alta por abandono
SV 52 anos (Masculino) (6 consultas)	SMFR	Inadaptação à doença (Esclerose Múltipla) Conflito conjugal	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducação sobre relacionamento interpessoal (Assertividade)• Reestruturação cognitiva• Relaxamento muscular de jacobson	Seguimento

AS (Feminino) 45 anos (7 consultas)	CPSM	Humor depressivo Ansiiedade Problemas familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre a depressão e ansiedade; • Estabelecer horários e atividades • Registo de pensamentos; • Reestruturação cognitiva • Relaxamento Imagético • Relaxamento Muscular de jacobson 	Ala
MN 37 anos (Feminino) (9 consultas)	CPSM	Humor depressivo Ansiiedade reativa Conflito conjugal	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação ansiedade e depressão. • Estabelecer atividades e horários • Registo de pensamentos automáticos • Reestruturação cognitiva • Aspetos positivos e negativos na sua vida • Exercício do espelho. 	Ala
MC 33 anos (feminino) (3 consultas)	CPSM	Ansiiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre ansiedade; • Reestruturação cognitiva 	Ala por abandono
MM 59 anos (Feminino) (10 consultas)	SMFR	Insônia Humor depressivo Défices Neuropsicológicos Baixa autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação • Estimulação cognitiva • Estabelecer horários e atividades • Relaxamento muscular progressivo de jacobson • Reestruturação cognitiva • Relaxamento imagético • Registo de pensamentos automáticos 	Descrito abaixo detalhadamente

Tabela 1 – Casos acompanhados ao longo do estágio curricular

4.4. Consulta de Intervenção em Crise

As consultas de intervenção em crise são fundamentalmente direcionadas para doentes que, na sequência de acontecimentos de vida negativos, expressam labilidade emocional intensa, com frequência sem quaisquer antecedentes psiquiátricos.

Decorreram todas as sextas-feiras de manhã, sendo os doentes encaminhados pelo médico de família ou pelo Serviço de Urgência.

Requeria a intervenção de um psicólogo, na primeira linha, e de um médico psiquiatra, na retaguarda, envolvido nas questões mais amplas de prescrição ou de consideração da alternativa de internamento.

A modalidade terapêutica adotada é a de intervenção psicológica breve, focalizada na situação ou problema apresentado pelo doente, como conflito conjugal, divórcio, conflito familiar, problema laboral, ou, luto, entre os mais frequentes.

4.5. Intervenção em Grupos

4.5.1. Intervenção no Grupo dos Cardíacos

No que diz respeito ao grupo dos cardíacos, as sessões ocorreram no serviço SMFR, com uma periodicidade semanal, às terças-feiras pelas 11 horas.

Este grupo era destinado a pacientes tanto do género masculino, como do feminino que tivessem sofrido de um enfarte agudo de miocárdio, e que para além de se encontrarem em processo de reabilitação cardíaca, tinham associadas perturbações psicopatológicas. Sendo excluídos pacientes com outras doenças físicas ou doença mental grave.

Tinha como objetivos fornecer estratégias para prevenir um novo enfarte e melhorar a qualidade de vida. Para este grupo foi solicitado à estagiária assistente que elaborasse uma apresentação sobre “Coerência cardíaca”, que foi posteriormente apresentada pela orientadora do estágio.

Para avaliar o impacto da intervenção em grupo, é realizado um pré e pós-teste aos pacientes. Os testes administrados foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala de Satisfação de Suporte Social (ESSS), Índice Internacional de Função Erétil (IIDE), Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF), Escala de Depressão de Beck (BDI-II), Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), Escala de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCa).

4.5.2. Intervenção no grupo de ansiedade

Já no grupo de ansiedade, as sessões ocorreram no serviço CPSM, com periodicidade semanal, às quartas-feiras pelas 14 horas, iniciaram-se a 3 de janeiro e terminaram a 27 de junho de 2018. Este grupo tinha como objetivos fornecer estratégias de coping para diminuir os sintomas de ansiedade e melhorar a qualidade de vida.

Este grupo foi restrito a pacientes do género feminino com diagnóstico de ansiedade. Foram excluídos pacientes com doenças físicas ou de doença mental grave.

As apresentações foram realizadas pelas estagiárias com a supervisão de duas psicólogas responsáveis pelo grupo. Para este grupo foi solicitado à estagiária assistente para fazer as apresentações sobre os seguintes temas: “Ansiedade e Respiração diafragmática”, “Relacionamento interpessoal”, “Orientações para o stress”, “Perdão” e “Mindfulness”.

Para avaliar o impacto da intervenção em grupo, foi realizado um pré e pós-teste aos pacientes. Os testes administrados foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Questionário do Estado de Saúde (SF 36) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

4.5.3. Plano de intervenção para um grupo de pacientes com Síndrome Obstrução Defecatória (SOD)

Durante o presente estágio, a orientadora propôs às duas estagiárias assistentes, e uma das estagiárias do ano passado que fosse realizado um plano de intervenção para um grupo para pacientes com SOD.

Esta proposta surgiu porque verificou-se que um grande número de pacientes com SOD, sofrem concomitantemente de perturbações psicopatológicas.

Os objetivos deste grupo é dar a conhecer a relação das perturbações psicopatológicas com a SOD, e ainda fornecer estratégias para diminuir a sintomatologia dessas perturbações, com o intuito de diminuir os sintomas da SOD e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Serão incluídas neste grupo pacientes do género feminino, com SOD e concomitantemente com perturbação psicopatológica. Estão excluídos pacientes com outras doenças físicas e com doença mental grave.

Para avaliar o impacto da intervenção em grupo, definiu-se que será realizado um pré e pós-teste aos pacientes. Os testes administrados para o pré-teste foram, Questionário do Estado de Saúde (SF-36), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala de Satisfação de Suporte Social (ESSS), Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF), Escala de Depressão de Beck (BDI-II), Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), Escala de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCa). Serão novamente administrados os mesmo instrumentos, no pós-teste, após o final da intervenção em grupo, com o objetivo de avaliar a eficácia da mesma.

O planeamento da intervenção foi elaborado pela orientadora do estágio em parceria com as estagiárias assistentes, e com uma das estagiárias do ano letivo passado. Será constituído por 16 sessões, sendo que a primeira vai estar destinada à Apresentação e a última a uma Sessão de encerramento. Nas restantes serão abordados os seguintes temas: “Intestino, digestão e o sistema nervoso”, “Ansiedade e relaxamento”, “Mindfulness”, “Depressão”, “Nutrição”, “Sono”, “Exercício físico”, “Stress”, “Relacionamento interpessoal”, “Mágoa”, “Perdão”, “Autoimagem”, “Medo” e “Sexualidade”.

Este grupo psicoeducativo será posto em prática posteriormente e ocorrerá quinzenalmente às segundas-feiras.

4.6. Participação nas Investigações

A orientadora da estagiária assistente está envolvida em três investigações, sendo estas, referentes à insónia, a problemas cardíacos e à SOD. Sendo que estas tem por base compreender a relação que as problemáticas tem com a psicopatologia.

Nas investigações referentes à insónia e aos problemas cardíacos a estagiária assistente e a sua colega de estágio contribuíram na cotação dos instrumentos aplicados a

pacientes que compõe as amostras e ainda na atualização das bases de dados de cada uma das investigações.

Na investigação da SOD, as estagiárias assistentes juntamente com a sua orientadora e com uma estagiária do ano passado desenvolveram dois estudos, um deles tem como tema “Prevalência de Distúrbios Emocionais em Pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico” que foi apresentado posteriormente em formato de póster nas XIX Jornadas de Psicologia do IUCS, o outro estudo tem como título “Fundamentos para a Intervenção Psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória”, que foi apresentado no 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

4.7. Participação numa aula da Unidade Curricular de Psicologia Clínica e da Saúde

A estagiária e os seus colegas foram convidados para a realização de uma apresentação numa aula de trabalho de campo na Unidade Curricular de Psicologia Clínica e da Saúde. O convite surgiu da parte da Professora Doutora Maria Emília Areias, regente desta Unidade Curricular.

A aula tinha a duração de 2h 30 minutos, cada estagiário convidado tinha 20 minutos para realizar a apresentação do seu caso clínico, posto isso era aberta uma discussão sobre os casos clínicos apresentados.

4.8. Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

As reuniões realizaram-se todas as quartas feiras com início às 9h 30 minutos e tinham uma duração de cerca de uma hora e meia.

Nas reuniões, estava presente uma equipa com profissionais de saúde de várias áreas diferentes, das quais psiquiatria, psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional.

Todas as semanas esta reunião tinha uma determinada finalidade e, portanto, o assunto da mesma era previamente acordado com todos os profissionais incluídos na equipa.

Sendo que tinham como objetivo resolver questões pertinentes acerca de cada assunto escolhido para cada semana. Alguns dos assuntos que foram retratados envolviam altas de pacientes do Hospital de Dia, apresentação de casos clínicos, com a pretensão de discutir sobre o seu diagnóstico e intervenção terapêutica. Outros assuntos abordados eram questões relacionadas com a Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI), com a Residência, com as Equipas Comunitárias e com os Terapeutas de Referência e Gestores de Caso. O principal objetivo da equipa era melhorar a integração dos pacientes com doença mental grave na sociedade.

4.9. Reuniões de Supervisão de Estágio

As reuniões de supervisão de estágio tinham como principal objetivo o esclarecimento de dúvidas relativas ao estágio, como por exemplo avaliações psicológicas e casos clínicos acompanhados.

Decorreram todas as segundas-feiras pelas 14 horas tendo a duração média de 3 a 4 horas consoante as necessidades e dúvidas dos estagiários.

Estas reuniões eram orientadas pela Professora Doutora Maria Emília Areias e estavam presentes mais quatro colegas estagiários.

4.10. Reuniões Científicas do Serviço de Psiquiatria

Estas reuniões ocorreram esporadicamente, tipicamente às quartas feiras pelas 12 horas com o objetivo de atualizar o conhecimento científico.

A estagiária assistente teve a oportunidade de assistir a estas reuniões, onde decorreram várias apresentações com temáticas diferentes, sendo realizadas por vários profissionais. O “Empreendedorismo Social na Saúde Mental” foi a primeira apresentação que a estagiária assistiu, foi apresentada por um profissional convidado pelo Centro

Hospitalar. Também foram apresentados outros temas, tais como, “Importância da Aplicação da Neuroimagem no Estudo do Doente com Esquizofrenia”, “A doença mental grave e o seu modelo de financiamento”, “A Síndrome de Charles Bonnet” sendo esta apresentação baseada numa revisão bibliográfica, a “Autoestima” e a “Terapia em Meio Aquático na Saúde Mental”. Tendo sido estas apresentações realizadas por profissionais de saúde e internos de Psiquiatria que trabalham na CPSM.

No final de cada apresentação era aberta a discussão para que se pudesse fazer questões e dar opiniões, sobre os temas apresentados.

5. Estudo de Caso – M.M.

Dos casos clínicos acompanhados em consulta psicológica, foi escolhido um caso em particular para ser descrito detalhadamente como estudo de caso. Os motivos que levaram a psicóloga estagiária a optar por este caso devem-se ao facto de que dentre todos os casos que acompanhou, este revelou ser o mais desafiante, pela sua história de maus tratos e pelos efeitos adversos que a psicopatologia tem na paciente.

5.1. Identificação

M.M., paciente do sexo feminino, com 59 anos. A sua profissão é de professora de ensino secundário. Atualmente encontra-se de baixa médica. Tem o mestrado concluído. Tem nacionalidade portuguesa e é casada. Não tem filhos e é a mais velha de seis irmãos.

5.2. Motivo da Consulta

As consultas de psicologia ocorreram no serviço de Medicina Física e de Reabilitação e tiveram início no mês de fevereiro de 2018. O encaminhamento foi realizado pelo neurologista do serviço.

A paciente apresentava sintomatologia depressiva, insónia, baixa autoestima, e défices neuropsicológicos tais como de memória, atenção, fluência verbal, velocidade de processamento e dificuldade de articulação de palavras.

O neurologista referenciou a paciente para a consulta psicológica com o objetivo de esclarecer a extensão de sintomas neuropsicológicos e a contextualização de alguma perturbação psicológica, pois tinha dúvidas sobre a etiologia dos sintomas, sendo que inicialmente o neurologista ponderou que os sintomas estivessem relacionados com um acidente vascular cerebral. Mais tarde, através de outros exames, o neurologista verificou que a paciente não sofreu do acidente vascular cerebral.

5.3. Informação médica relevante

Para além da situação clínica referida anteriormente, a paciente tem outras doenças físicas tais como dislipidemia, hipertensão, hipotiroidismo, cefaleia, fibromialgia que se trata de uma doença crónica caracterizada por queixas dolorosas neuromusculares difusas e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas, a doença de Ménière é uma perturbação que ocorre no ouvido, e que provoca sintomas tais como vertigens, perda auditiva, zumbido e pressão no ouvido, a diverticulite aguda que é uma inflamação dos divertículos presentes nas paredes do intestino e ainda tem uma hérnia de hiato que caracteriza-se pela projeção de parte do estômago para dentro do tórax por meio da abertura no diafragma.

5.4. Psicofarmacologia

Segundo o processo clínico, M.M. foi medicada por um médico psiquiatra do Centro Hospitalar. Encontra-se medicada com dois antidepressivos e um ansiolítico.

5.7. História familiar

M.M. é a primeira filha de uma fratria de seis filhos, os seus pais eram um casal abastado e influente na sua terra natal. O pai já faleceu há mais de 30 anos e a mãe está viva com 82 anos.

A paciente manifesta muitas saudades do pai, afirmando que este representava um exemplo a seguir, sendo percecionado pela mesma como uma pessoa extremamente justa, verdadeira, rigorosa e perfeccionista. O pai era um empresário no ramo dos transportes e por isso não era uma figura muito presente em casa.

Quanto à mãe a paciente refere que esta a maltratava, mentia e chantageava o pai ameaçando que se suicidava. Os pais da paciente tinham uma relação conflituosa, M.M. está sempre a dizer “a verdade não se dá bem com a mentira, por isso os meus pais não se davam bem” (sic). Ao longo das consultas a paciente ia dizendo “A minha mãe é má”, “A minha mãe é mentirosa”, “A minha mãe não gosta de mim”, “A minha mãe dizia que eu não fazia nada de jeito” e “A minha mãe dizia que eu era parecida com o meu pai e por isso era feia”. (sic)

Atualmente M.M. mantém uma relação conflituosa com a mãe, porque a esta continua a desvalorizá-la. Apesar disso mantém a esperança de que a mãe um dia perceba o seu valor e que lhe peça perdão por todo o mal que lhe fez.

No que se refere aos irmãos, tem três irmãs e dois irmãos, sendo que um deles faleceu com apenas um mês de vida. M.M. só mantém relação com uma das irmãs que tal como ela também sofreu dos maus tratos por parte da mãe.

5.8. História de vida

MM afirma que teve um desenvolvimento psicomotor e cognitivo normal.

Na infância era maltratada e negligenciada pela mãe, acabando por ser criada pela empregada da família. Os maus tratos foram-se intensificando com o nascimento dos seus irmãos.

Segundo a paciente como a mãe ameaçava que se ia suicidar, a avó paterna de MM pedia-lhe para que ficasse em vigília durante a noite para evitar o pior. Desde então a paciente tem insónias e não consegue dormir mesmo com medicação.

Com quatro anos MM dizia que queria ir para escola para poder adquirir mais conhecimento.

MM refere que desde criança que queria seguir o exemplo do pai, assim sendo sempre foi muito perfeccionista, rigorosa para com os outros e para consigo mesma.

Ingressou na escola aos seis anos sendo sempre uma aluna brilhante e muito perfeccionista, “se algum trabalho não estivesse perfeito apagava-o e voltava a fazer de novo” (sic), para além de perfeccionista ela afirma que também era muito tímida e medrosa.

Devido a perspectiva que a sua mãe lhe dava sobre a ideologia do casamento MM passou os seus anos de adolescência com a pretensão de não se querer casar. Foi nesta fase da sua vida que foi acompanhada por um psiquiatra que diagnosticou na paciente um quadro ansioso- depressivo.

Aos 18 anos saiu da sua cidade natal para ingressar na faculdade, durante esse período teve alguns namoros, mas nada de significativo. Acabou o curso aos 23 anos e foi lecionar para uma escola onde trabalhou durante 9 anos.

Segundo a paciente aos 28 anos, conheceu o amor da sua vida, este namoro durou cerca de 7 a 8 anos, na altura o namorado estava a viver nos EUA e enquanto a paciente completava o mestrado. Eventualmente, já com casamento marcado, o seu então noivo foi adiando e mais tarde pretendia que a paciente vendesse todos os seus bens e passa-se o dinheiro para a conta dele, e depois que ela viajasse para os EUA. A paciente após refletir sobre o assunto acabou por recusar as ideias do noivo e o casamento foi cancelado.

Por intermédio desse namorado, conheceu o seu atual marido e tornaram-se amigos, com o tempo começaram a namorar. Sendo que aos 40 anos casaram-se. Afirma ter uma boa relação com o marido apesar deste trabalhar em Lisboa também como professor e só se encontrarem de 15 em 15 dias. No entanto a paciente afirma “Ele apesar de ausente, é presente, porque se não fosse ele a ligar-me todos os dias a lembrar-me do que tenho para fazer, não faria nada” (sic)

Nunca quis ter filhos porque queria conhecer o mundo, mas sempre quis ter uma menina que fosse parecida com ela, para que MM pudesse cuidar da menina, como a mãe nunca foi capaz de cuidar dela.

MM afirma que recentemente foi distinguida para ir às comemorações das descobertas Portuguesas e que isso foi uma grande honra e felicidade para ela.

5.9. Processo de Avaliação

MM compareceu em todas consultas com uma aparência cuidada. Foi quase sempre assídua, no entanto nunca respeitou os horários das consultas chegando sempre atrasada. Manteve-se vígil e orientada no espaço, no entanto por vezes encontrava-se desorientada no tempo. O seu discurso era focado nos aspetos negativos da sua vida, principalmente na desvalorização de si mesma, na dificuldade de realização de atividades, tristeza, situações traumáticas que ocorreram tanto na infância, como recentemente com o assédio moral que sofreu, e ainda na sua incapacidade de voltar ao emprego devido a queixas de défices neuropsicológicos, principalmente ao nível da memória, atenção, e velocidade de processamento, sentindo-se significativamente lentificada.

Assim sendo para corroborar as queixas de MM foi realizada uma avaliação neuropsicológica para verificar os reais défices neuropsicológicos da paciente. Foram aplicados os seguintes instrumentos: MoCA para avaliação do estado mental global, que avalia seis domínios cognitivos que são a memória, a capacidade visuo-espacial, funções executivas, a linguagem, a orientação e atenção, concentração e memória de trabalho, TMT que avalia a velocidade de processamento, a flexibilidade mental e as funções executivas e uma subprova da WAIS-III, o Código, que permite a avaliação das capacidades de aprendizagem, e velocidade de processamento.

No MoCa, a paciente obteve uma pontuação de 21 (30) pontos, que com base na sua idade e nível de escolaridade está abaixo dos desvios padrão mencionados. No TMT parte A realizou a prova em 58 segundos sendo que na parte B demorou 146 segundos, o que significa que a prova demonstrou que os resultados estão fora dos parâmetros normais, para além disso a paciente cometeu vários erros, o que implica que tem um

défice, por último no Código obteve uma pontuação de 10 (133), encontrando-se abaixo dos parâmetros normais.

5.10. Enquadramento Conceptual

Através da recolha anamnésica surgiram duas hipóteses de diagnóstico. A perturbação depressiva, hipótese que foi levantada desde a adolescência da paciente e/ou a perturbação relacionada com trauma e stressores.

No que diz respeito à **Perturbação Depressiva Major**, a paciente preenche os critérios A, B, D e E. No critério A preenche o critério A1 visto que a paciente tem humor depressivo quase todos os dias em grande parte do seu dia, no A2 tem perdido o interesse nas atividades principalmente na organização das atividades realizadas em casa, que para afirma muitas vezes “gostava de escrever um livro mas não me sinto capaz de o escrever” (sic), A4 pois sofre de insónias todos os dias, A5 visto que tem lentificação psicomotora todos os dias, A7 porque tem um sentimento de inutilidade devido a défices neuropsicológicos, e o A8 porque tem uma capacidade reduzida de tomar de decisões, aliás M.M. afirma “tenho tomado decisões, que o meu marido discorda e depois mais tarde percebo que ele tem razão” (sic). M.M. preenche o critério B pois os sintomas que apresenta causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou noutras áreas importantes da vida. Preenche critério D visto que a ocorrência do episódio depressivo major não pode ser justificado por uma perturbação esquizoafetiva, de esquizofrenia, delirante, por uma perturbação do espectro da esquizofrenia ou outra perturbação psicótica especificada ou não especificada. E por último preenche o critério E pois nunca teve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. (American Psychiatric Association, 2014)

Segundo Porto, Hermolio & Ventura (2002), pacientes com depressão tem alteração ao nível das funções neuropsicológicas, são estas a memória, atenção, concentração, flexibilidade cognitiva e abstração, tal como acontece com M.M. que como foi referido anteriormente tem várias alterações ao nível neuropsicológico.

No entanto não se pode afirmar que se trata de uma Perturbação Depressiva Major, visto que a avaliação dos sintomas de um Episódio Depressivo Major é especialmente

difícil quando estes ocorrem em indivíduos que também apresentam uma outra condição médica geral. Devido a alguns dos critérios e sintomas de um Episódio Depressivo Major serem idênticos aos sinais e sintomas característicos de outras condições médicas gerais. (American Psychiatric Association, 2014)

Como foi dito anteriormente, M.M. tem vários problemas de saúde física, entre os quais, o hipotireoidismo que tem sido associado à depressão, pois existem evidências de que pacientes com depressão tem uma maior frequência de hipotireoidismo e vice-versa. O hipotireoidismo exibe alterações ao nível de fluxo sanguíneo e glicose no cérebro, sendo que a sintomatologia depressiva é influenciada pelo grau de insuficiência tireoidiana. (Duntas & Maillis, 2013). Também a fibromialgia e a depressão podem estar relacionadas, visto que a depressão pode ser uma reação ao sofrimento da dor, o que demonstra que a dor ou outra condição médica pode conduzir a uma depressão reativa (Gracely, Ceko & Bushnell, 2012)

Segundo Ursano, kao & Fullerton (1992), o efeito da exposição a um evento traumático, como ocorreu com M.M., é diferente e varia de indivíduo para indivíduo, sendo que as respostas psicológicas e fisiológicas podem variar. No entanto de um modo geral os pacientes podem apresentar uma perturbação de stress agudo, uma perturbação de stress pós-traumático, uma perturbação depressiva major, uma perturbação de pânico ou uma perturbação de ansiedade generalizada. Sendo a perturbação de stress pós-traumático a mais abordada quando nos referimos a eventos traumáticos. (Kessler, Sonnega, Bromet & Nelson 1995).

Foi considerado que a paciente tivesse uma perturbação relacionada com o trauma, no quesito da **Perturbação de Stress Pós-Traumático** pode-se verificar que a paciente preenche alguns critérios, pois no que diz respeito ao critério A1 a paciente vivenciou diretamente os maus tratos por parte da mãe, o critério A2 verifica-se, devido a ter testemunhado pessoalmente o evento traumático ocorrido com a sua irmã e A4 pois foi exposta de forma repetida a esses maus tratos. Em relação ao critério D, preenche o aspeto D2, que está relacionado com crenças ou expectativas negativas persistentes a respeito de si mesmo e dos outros, já que afirma que a mãe é a grande responsável por todo o mal que ocorreu na sua vida. Preenche também o D4 pois apresenta um estado emocional negativo persistente. O critério E6 é preenchido, devido a apresentar uma perturbação do sono desde a infância. Preenche o critério G pois a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional e/ou noutras áreas importantes

da vida da paciente. Os restantes critérios não são preenchidos, e por isso não se pode considerar que seja uma perturbação de stress pós-traumático, no entanto verifica-se que o incidente na infância da paciente ainda se encontra bastante presente na sua vida, portanto também é um aspeto a intervir.

Neste caso pode-se propor uma outra categoria dentro das perturbações do trauma, categorizada por **Outra Perturbação Relacionada a Trauma e a Stressores Especificados** que pode ser utilizada quando a paciente apresenta sintomas característicos de uma perturbação relacionada com trauma e/ou algum stressor causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, no entanto não se satisfazem todos os critérios para outra perturbação na classe diagnóstica de perturbações relacionadas com o trauma e/ou stressores. (American Psychiatric Association, 2014)

5.11. Intervenção Psicológica

A formulação dos objetivos e a escolha das técnicas e estratégias utilizadas na intervenção psicológica no caso de M.M., dependeram das principais necessidades da paciente. Assim sendo, na Tabela 2 estão explícitos cada um dos problemas e as estratégias e técnicas utilizadas para resolver cada um deles respetivamente.

<i>Problema</i>	<i>Estratégias e técnicas</i>
<i>Insónia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação no grupo de sono de psicoeducação do centro hospitalar; • Respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo de Jacobson e relaxamento imagético
<i>Défices neuropsicológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação (Explicação da relação entre alteração das funções neuropsicológicos e a psicopatologia) • Estimulação cognitiva

<i>Situação traumática</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação (Aprender a lidar com a mágoa e explicara a importância do Perdão) • Apoio emocional • Exercício do perdão • Reestruturação cognitiva substituindo distorções cognitivas por pensamentos mais realistas • Registo de aspetos positivos e negativos na vida
<i>Autoestima</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação (Explicar o que é a autoestima) • Reestruturação cognitiva substituindo distorções cognitivas por pensamentos mais realistas. • Exercício do espelho para aumentar a autoestima
<i>Sintomas Depressivos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação (Explicar o que é a depressão) • Estabelecer horários e atividades com a paciente. • Registo de pensamentos automáticos

Tabela 2 – Estratégias e técnicas utilizadas para a Intervenção Psicológica do Caso M.M.

Tendo em conta os factos que foram descritos ao longo do estudo de caso, a intervenção psicológica realizada foi baseada sobretudo na Terapia Cognitiva Comportamental. No processo terapêutico, realizaram-se 10 sessões ao longo de seis meses, consoante a disponibilidade da paciente. A estagiária pretende dar continuidade às consultas, para prosseguir com a intervenção psicológica.

Na 1^o e 2^a sessão começou-se por estabelecer uma relação empática com a paciente, para que a esta pudesse confiar na terapeuta e assim haver uma exploração profunda da problemática da paciente, para além disso, esta ligação empática era importante para que a paciente se envolvesse na terapia e assim concretizasse os objetivos definidos. Foi realizada a anamnese, onde se abordou a história de vida e familiar da paciente. Foram também abordados temas tais como informações médicas relevantes e os principais fatores precipitantes da problemática, que a levaram a ser direcionada para à consulta psicológica. Foram abordadas as expectativas de M.M. face à intervenção psicológica e definidos os principais objetivos da mesma, entre os quais valorizar a

autoestima, melhorar a qualidade de sono, diminuir sintomas depressivos e diminuir o impacto emocional da situação traumática vivida. Para além do que foi tratado nestas sessões, foi dado a M.M. apoio emocional, já que esta sentia-se “fragilizada emocionalmente” (sic), e focava-se nos aspetos negativos da sua vida. Tornou-se imprescindível demonstrar a compreensão e o apoio da terapeuta para com a sua paciente.

A 3ª e 4ª sessão foram focadas na avaliação neuropsicológica para compreender melhor os défices reais de M.M. A 3ª sessão foi dedicada ao MoCa (Montreal Cognitive Assessment) e a 4ª sessão à realização das tarefas do TMT (Trail Making Test) e do Código. Estas tarefas foram divididas entre as duas sessões, pois a paciente teve dificuldades em concentrar-se na sua realização, focando-se nas dificuldades impostas pelos seus défices neuropsicológicos, com estas circunstâncias a estagiária tentou amenizar a sensação de impotência da paciente demonstrando sempre que ela terminava uma tarefa que ela afinal tinha capacidades e que conseguia realizá-las, motivando-a para a tarefa seguinte. Estas sessões permitiram à estagiária assistente verificar que a autoconfiança e autoestima de M.M. dependiam do incentivo de terceiros.

Na 5ª sessão foi abordada a queixa de insónia persistente desde da infância. No início da sessão foi-lhe explicada a importância de ter um sono reparador e definir algumas estratégias para poder dormir melhor. De seguida foi-lhe proposta a integração de um grupo psicoeducativo aberto a pacientes com problemas de sono que existe no Centro Hospitalar.

Foi-lhe também explicada e ensinada a técnica de respiração diafragmática, do relaxamento muscular progressivo de Jacobson e do relaxamento imagético. Foi pedido como trabalhos de casa a repetição da técnica e das duas formas de relaxamento aprendidas.

A 6ª sessão foi dedicada à sintomatologia depressiva. Todavia, no início da sessão realizou-se um esclarecimento de dúvidas acerca da sessão anterior. Após o esclarecimento de dúvidas, foi explicado que na sessão seria abordada a sintomatologia depressiva. De seguida foi realizada uma explicação do que era a depressão e quais os seus principais sintomas. Foi inicialmente proposto à paciente que fossem estabelecidos horários e atividades para esta cumprir ao longo da semana, para além disso foi pedido a M.M. que fizesse registo dos seus pensamentos diários, explicando como deveria ser feito

em casa e que informações devia dar na folha de registo que lhe foi fornecida pela estagiária.

Na 7ª sessão, M.M. apresentou-se muito chorosa pois no fim de semana passado havia discutido com o marido, quando viajou para Lisboa para passar uns dias com ele. O fator que despoletou a discussão foi o facto da paciente ter recolhido um animal de rua doente sem consultar o seu companheiro. O companheiro ficou chateado, o que levou a uma discussão, sendo o principal motivo deste desentendimento a diferença de opinião relativamente às despesas e trabalho associados a este novo encargo. Após a discussão, a paciente sentiu-se muito triste e magoada por não ter o apoio do marido nesta situação, a pessoa que sempre a apoiou. A estagiária tentou fornecer apoio emocional à paciente, para que esta se sentisse num contexto mais protegido, para além disso utilizou a técnica de reestruturação cognitiva desmistificando as ideias erróneas que teve em relação à situação com o marido.

Mais tarde a estagiária perguntou se M.M. havia cumprido os horários e atividades estabelecidos, a paciente afirmou ter cumprido os horários, e realizado algumas das atividades definidas, mas não efetuou o registo diário de pensamentos automáticos, justificando o incumprimento com o facto de ter estado ocupada com o tratamento do novo animal de estimação que agora possui. Por fim no restante tempo da sessão preencheu-se na folha de registo, com a ajuda da estagiária, alguns exemplos de pensamentos que teve nas últimas semanas.

Na 8ª sessão a paciente e o marido já se encontravam em bons termos novamente, sendo que esta afirmou que a sessão anterior havia ajudado a compreender as problemáticas que havia vivenciado e que conseguiu compreender melhor o marido.

De seguida a estagiária explicou a influência da psicopatologia nos défices neuropsicológicos, e a importância que a estimulação cognitiva pode ter no caso de M.M. De seguida foram realizados alguns exercícios com o propósito de estimular a memória e a atenção, não foi muito bem aceite pela paciente pois afirmava “não sou capaz” (sic) e “Eu nem me lembro onde ponho as coisas na minha casa” (sic).

A estagiária propôs-lhe algumas estratégias de compensação de memória com intuito de facilitar a vida da paciente e ao mesmo tempo motivá-la a prosseguir com a intervenção. Na segunda parte da sessão, foi-lhe explicado que para se sentir mais autoconfiante e com mais valor, era importante trabalhar a valorização da sua autoestima,

por essa razão foi dado um esclarecimento do que era a autoestima, realizou-se a reestruturação cognitiva, com a pretensão de modificar a forma como a paciente se vê a ela mesma, modificando algumas distorções cognitivas, tais como “eu sou tão perfeccionista, quero fazer as coisas tão direitinhas e não consigo” (sic), “eu não consigo fazer nada de jeito”(sic), para pensamentos mais realistas como “os alunos adoravam-me, e dizem-me que tem saudades minhas”. (sic). No final da sessão a estagiária realizou com a paciente o exercício do espelho de forma a ajudar a paciente a reconhecer o valor de si própria visualizando o seu reflexo. Como trabalho de casa, a estagiária pediu que fizesse outros exercícios de estimulação cognitiva.

A 9ª e 10ª sessão foram destinadas às situações traumáticas passadas da paciente. Estas sessões representaram um grande sofrimento para a paciente pois este é um assunto de foro íntimo. Portanto na 9ª sessão a estagiária começou por realizar uma explicação sobre as consequências da situação traumática, sobre o sofrimento causado pela mágoa em relação à mãe e a importância do perdão na diminuição do sofrimento.

A estagiária assistente deu-lhe algumas diretrizes para diminuir os efeitos da situação traumática na sua vida. Foi pedido a M.M. para que numa folha apontasse os pontos positivos e negativos da sua vida, esta atividade tinha como objetivo demonstrar que havia sempre aspetos positivos, todavia a paciente tinha tendência para se focar nos aspetos mais negativos. Durante a atividade a estagiária prestou-lhe apoio emocional e utilizou a reestruturação cognitiva para modificar a ideia de que apenas tinha aspetos negativos na sua vida. M.M. acabou por demonstrar que apesar de focalizada no problema, estava com dificuldades em trabalhá-lo, pois era bastante doloroso abordar estas situações. Na 10ª consulta foi dado o seguimento à sessão anterior sendo utilizada a reestruturação cognitiva substituindo distorções cognitivas que já vinham da infância. Foi também realizado um exercício de perdão, para que a paciente se libertasse do sofrimento das mágoas sentidas. No final da sessão foi-lhe explicado de que nada do que foi aprendido e conversado nestas sessões é inato, já que a intervenção psicológica é um processo que envolve o esforço não só da estagiária, mas como também da paciente, e o sucesso está inerentemente ligado à capacidade e empenho da paciente de superar as suas limitações.

5.12. Reflexão do Caso M.M.

M.M. logo no início das consultas apresentou-se bastante comunicativa o que ajudou a estabelecer uma relação empática.

Os principais sintomas que a paciente manifestava quando chegou à consulta eram a sintomatologia depressiva, défices neuropsicológicos, baixa autoestima e insónia.

A intervenção Psicológica teve como principais objetivos diminuir os sintomas psicopatológicos, diminuir os défices neuropsicológicos e promover o seu bem-estar.

Ao longo da intervenção terapêutica, houve uma diminuição sintomatologia depressiva e a valorização da autoestima. “Quando agora passo por situações más, penso em coisas boas, por exemplo o chilrear dos pássaros, céu limpo com um sol radiante, e passo a sentir-me melhor” (sic).

Para a psicóloga estagiária as sessões com a paciente puseram-lhe algumas dificuldades, primeiramente porque a paciente tinha dificuldade em cumprir os horários, chegando sempre mais tarde do que a hora prevista. Em segundo lugar a paciente apesar de comunicativa, tinha um discurso focalizado nas situações traumáticas por que passou e nas mágoas que advém dessas situações, tendo sido difícil realizar uma análise aprofundada de outros aspetos da sua vida. Apesar de focalizada no problema não tinha as ferramentas necessárias para trabalhá-lo. A estagiária teve algumas dificuldades em auxiliar a doente com este programa, mas considera um caso desafiante e vai prosseguir com o acompanhamento.

Tem consulta marcada para Outubro de 2018, para dar continuidade à intervenção psicológica tendo por base os objetivos definidos inicialmente para dedicar as próximas sessões à problemática das situações traumáticas que viveu, sendo este um aspeto ainda bastante delicado, e à estimulação cognitiva para que possa diminuir os défices neuropsicológicos da paciente.

6. Conclusão

O estágio curricular foi de extrema importância para a minha formação acadêmica, pois permitiu que fossem consolidados os conhecimentos aprendidos ao longo da Licenciatura de Psicologia e do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Quando comecei o estágio compreendi de imediato que ainda tinha muito que aprender, realmente parte do meu conhecimento foi adquirido nas aulas, mas o resto foi adquirido, através da observação das consultas psicológicas da minha orientadora que era psicóloga no Centro Hospitalar, das intervenções psicológicas em grupos, e do momento que iniciei as consultas individuais de uma forma autónoma. Uma das partes mais significativas do estágio curricular é quando se fica frente a frente com um paciente, que por sua vez, tem uma história, está a sofrer, está frágil, e está á procura de uma intervenção rápida da minha parte e que no seu íntimo deseja que resolvam os seus problemas de uma forma breve.

Foi difícil constatar que na minha intervenção não existem soluções imediatas, que a intervenção se trata de um processo contínuo, e que quando vemos a evolução positiva de um paciente em relação a determinada problemática, esta pode não ser definitiva, neste caso o sucesso da intervenção psicológica depende de vários fatores, entre os quais, o empenho tanto do terapeuta como também do paciente, das características pessoais de cada paciente, da relação de empatia de paciente-terapeuta e de acontecimentos na vida do paciente que possam surgir e influenciar todo o processo. Era quando os pacientes não evoluíam ou então regrediam, que eu ficava mais insegura e com dúvidas acerca da abordagem que devia seguir, porém sempre tive profissionais experientes ao meu lado que me esclareciam as minhas dúvidas e apaziguavam os meus anseios.

Para além de ter contribuído para a minha evolução como futura profissional, marcou-me bastante a nível pessoal, porque tornou-me mais responsável, paciente, perseverante e otimista. Deu-me mais capacidade de ir atrás de respostas que me davam soluções para cada necessidade dos pacientes.

7. Bibliografia

- American Board of Clinical Psychology. (2009). *Examination manual for board certification in clinical psychology for the American Board of professional*.
Obtido de http://legacy.abpp.org/files/public/ABCP/Exam_Manual_ABCP.pdf
- American Psychological Association. (2018). *Clinical Psychology*. Consultado em <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical.aspx>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Editores, 4ª edição.
- Centro Hospitalar de São João. (12 de Agosto de 2018). *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental*. Consultado em: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/261>
- Centro Hospitalar de São João. (2018). *Psiquiatria*. Consultado em: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/421>
- Centro Hospitalar de São João. (2018). Obtido de <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/2>
- Centro Hospitalar de São João. (2018). *Medicina Física e de Reabilitação*. Consultado em: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/242>
- Duntas, L. H., & Maillis, A. (2013). Hypothyroidism and depression: salient aspects of pathogenesis and management. *Minerva Endocrinol.*, 38(4):365-77.
- Gracely, R.H., Ceko, M. & Bushnell, M.C. (2012). Fibromyalgia and Depression. *Pain Research treatment*. 2012:486590. DOI: 10.1155/2012/486590.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E.H.M.& Nelson C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12): 1048-60

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine Frontiers for a Now Health Psychology. *American Psychologist*, 35(9): 807-817.

Nasreddine,Z., Phillips,N.A., Bédirian,V., Charbonneau,S.,Whitehead,V., Collin, I., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of American Geriatrics Society*,53(4), 695–699.

Ogden, J. (2000). *Health psychology : a textbook - 2º edição* . Open University Press.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018, fevereiro). Guia para Implementação dos Serviços | Unidades | Núcleos de Psicologia no SNS. Consultado em: http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/_guia_para_implementa_o_dos_servi_os_unidades_ou_n_cleos_de_psicologia_no_sns.pdf

Perianez, J., Rios-Lago, M., Rodriguez-Sanchez, J., Adrover-Roig, D., Sanchez-Cubillo, I., Crespo-Farorro, B., Quemada, J. & Barcelo, F. (2007). Trail Making Test in traumatic brain injury, schizophrenia, and normal aging: Sample comparisons and normative data. *Archives Clinical Neuropsychology*: 22(4):433-47

Porto, P, Hermolin M. & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e cognitiva*, 4(1): 63-70. Consultado em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/123/111>

Plante, T. G. (2005). *Contemporary Clinical Psychology - Second Edition*. New Jersey e Canadá: John Wiley & sons.

Ursano R.J., Kao T.C., Fullerton C.S. (1992). Posttraumatic stress disorder and meaning: Structuring human chaos. *Journal of Nervous and Mental Disease* , 180(12): 756-759.

Wahass, S. H. (2005). THE ROLE OF PSYCHOLOGISTS IN HEALTH CARE DELIVERY. *Journal of Family & community Medicine*, 12(2): 63–70.

Wechsler, D. (2008). WAIS-III – Escala de Inteligência de Wechsler 3ª edição. Manual técnico. CEGOC.

Anexo I

Relatórios de Avaliação Psicológica

Relatório de Avaliação Neuropsicológica

Id Doente: M.S.

Escolaridade: 4º ano

Idade: 54

Motivo da avaliação: Avaliação neuropsicológica face a queixas mnésicas.

Durante a avaliação, a paciente encontrava-se consciente, orientada e colaborante, tinha um discurso fluente, ansiedade marcada e comportamento social adequado.

Foram administrados o MoCA para avaliação do estado mental global, o DRS-2 foi aplicado para medir níveis de funcionamento cognitivos superiores avaliados e permite diferenciar diferentes níveis de capacidade em doentes com demência. Trail making Test avalia a procura visual, a velocidade de processamento, a flexibilidade mental e as funções executivas, o Código permite a avaliação das capacidades de aprendizagem, a reprodução de modelos, processamento visual, e velocidade de processamento, o Ineco permite avaliar as funções executivas.

Também foram utilizados outros instrumentos, que foram a HADS que avalia a ansiedade e depressão, o STAI que avalia a ansiedade de traço e a ansiedade de estado e o Índice de qualidade de sono de Pittsburgh que a avalia a qualidade do sono.

Teste	Resultado	Classificação	Ponto de corte
MoCA	16 (30)	Défice	21.78 ± 2.86 19-18-16
DRS-2	At: 60-71	Média intacta	
	Ip: 11-18	Défice Ligeiro	
	Const: 60-71	Média Intacta	
	Concept: 29-40	Média Baixa	
	Mem: 60-71	Média Intacta	
	Total: 29-40	Média Baixa	
Trail Making Test parte A	58s	Normal	>59
Trail Making Test parte B	Realizou a prova, mas cometeu vários erros 119 s	Défice	>145
Código	Pont bruta: 13 Pont. estandardizada: 3	Défice	
Ineco	Índice Memória de trabalho: 2 (10)	Défice	
	Total: 20(30)	Normal	

Instrumentos	Resultado	Classificação
HADS	A= 16 (21) D= 8 (21)	Diagnóstico de ansiedade
STAI	Forma X1= 37 Forma X2= 32	Presença de ansiedade de traço e de estado
Índice de qualidade de sono de Pittsburgh.	Total: $21 \geq 5$	Pobre qualidade de sono

Interpretação de resultados

Paciente com 54 anos pontua 16 valores no MoCA o que demonstrou que a paciente teve dificuldades nas subprovas da nomeação, da memória, abstração e evocação deferida.

No DRS 2 a maior parte dos resultados encontram-se dentro da média e média baixa, tendo apenas um défice ligeiro na iniciação/ perseveração.

No que diz respeito ao Trail Making Test, na parte A, a paciente demorou cerca de 58 segundos a concluir a prova o que significa que a realizou dentro do tempo previsto já que o score patológico é de >59 seg. Já na parte B a doente cometeu vários erros, mas terminou a prova dentro da média para a idade.

No código a paciente obteve uma pontuação muito abaixo da média com apenas 3 pontos, o que demonstra que está lentificada.

Em relação ao INECO a paciente obteve uma pontuação total de 20 pontos no total de 30 o que significa que se encontra normal, já no índice de memória de trabalho apenas obtém 2 pontos num total de 10, o que indica que tem défice, isto deve-se às suas pontuações baixas tanto na prova de memória de dígitos, como na prova memória de trabalho espacial.

Quanto à HADS ela obteve 16 pontos na ansiedade e 8 pontos na depressão, ou seja obteve níveis muito altos de ansiedade, no STAI na Forma X1 obteve 37 pontos e na forma X2 obteve 32 pontos, o que significa que a ansiedade de traço e de estado estão

presentes. Por último com a administração do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh verificou-se que paciente tem uma má qualidade de sono pois obteve 21 pontos.

Conclusão:

A paciente apresenta **alterações neuropsicológicas** essas alterações são ao nível da **velocidade de processamento, da memória de trabalho espacial, na flexibilidade mental e dificuldades nas provas de abstração, nomeação, da memória e evocação deferida.**

A presença significativa de sintomas ansiosos e a fadiga extrema pela má qualidade de sono pode exacerbar os sintomas neuropsicológicos.

É conveniente que se volte a fazer uma avaliação neuropsicológica daqui a um ano e que a paciente integre o grupo de perturbação de insónia.

Relatório de avaliação psicológica

	Id Doente: J.A.	39 anos
		Escolaridade: 12º ano.

Motivo da avaliação:

O Paciente foi enviado pela Psiquiatra para consultas de Psicologia, tendo sido seguido desde o dia 5 de abril de 2018, tendo sido enviado para o acompanhamento psicológico que tem como objetivos mudar os seus relacionamentos interpessoais, lidar com o estigma da doença mental e da magreza. E para a realização do MMPI para caracterizar o perfil de funcionamento psicológico do paciente quanto à sua personalidade, objetivar a sua situação clínica e contribuir para o autoconhecimento do paciente.

Avaliação:

O paciente mostrou-se consciente e orientado. Apresentou um discurso fluente, coerente e ritmado. Humor sintónico e comportamento socialmente adequado.

Administrou-se o MMPI2 (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade, de Hathaway & McKinley), versão portuguesa, na forma de questionário, ao longo de duas consultas, realizadas entre 12 de abril de 2018 e 16 de abril de 2018.

Resultados e Interpretação:

Os resultados das **Escalas de Validade** foram os seguintes: na escala de Dúvida (?) obteve uma pontuação de zero, o que indica que o utente cooperou na tarefa, tendo respondido a todos os itens. A pontuação na escala Mentira (L) encontra-se no nível alto (T=81), pode indicar mecanismos citados principalmente em negação da psicopatologia, de querer passar uma imagem favorável de si, podendo ainda refletir alguma rigidez psicológica, tendências ruminativas e introspetivas, que se refletem nas relações sociais com aspetos paranoides. Teve uma pontuação na escala de Erro (F) os valores foram baixos (T=42), o que pode indicar que o paciente tenta minimizar ou negar os seus problemas. Por fim, na escala de Correção (K), obteve valores nos níveis altos (T=65), o que sugere que o paciente tendo problemas psicológicos, faz um esforço para manter uma imagem positiva para os demais, negando os seus problemas. Com o cálculo do índice de dissimulação de Gough F-K o valor obtido encontra-se dois desvios padrões abaixo da média (RB = -18; T= 30), tal índice pode indicar defensividade e incapacidade de admitir inadequação pessoal.

No que concerne às escalas clínicas o paciente obteve resultados das notas T médios na Hipocondria (HS) = 61, no Desvio psicopático (Pd)= 55; na Masculinidade/Feminilidade (Mf)= 65;

na Paranoia (PA)= 51; na Psicastenia (Pt) = 54, na Esquizofrenia (Sc) = 50 e na Hipomania (Ma) =55.

Na escala da Depressão (D) obteve valores inferiores à média (T= 43), isto sugere que o paciente pode estar em negação da depressão ou simplesmente à ausência de características associadas à mesma.

Relativamente à Histeria (Hy) (T=66) obteve valores um pouco superiores à média isto pode demonstrar que o paciente tem um bom ajustamento ou então que pode haver uma tendência para negar problemas.

A escala de intervenção - extroversão, (T= 44) encontra-se em valores inferiores à média, o que pode representar, que é uma pessoa sociável com um grau de conforto nas relações sociais, no entanto esses contactos podem ser superficiais havendo ma necessidade de evocação por parte dos outros.

Considerando as **Escalas de Conteúdo**, destaca-se com resultados acima da média a escala de Cinismo (CYN) (T= 68). Com resultados significativamente baixos encontramos as escalas de Medos (FRS) (T= 40), Hostilidade (ANG) (T= 36), Condutas antissociais (ASP) (T= 38), Problemas familiares (FAM) (T= 38), Interferência laboral (WRK) (T= 42), Indicadores negativos de tratamento (TRT) (T= 43). Com resultados um pouco inferiores em relação à média temos as escalas de Obsessão (OBS) (T= 48), de Depressão (DEP) (T= 47), de Pensamento (BIZ) (T= 46), de Baixa autoestima (LSE) (T= 46) e Mal estar social (SOD) (T= 48) .

O paciente obteve resultados que se situam no nível médio nas escalas de Ansiedade (Anx) (T= 51), de Preocupações com a saúde (HEA) (T=59) e de Comportamento tipo A (TPA) (T= 61).

Conclusão:

O teste encontra-se falsificado no sentido positivo, ou seja, pretende demonstrar uma melhor imagem de si mesmo. Tem um perfil infrequente com possível defensividade ingénua, com rebaixamento das escalas clínicas, comum em “neuróticos”, com pouco *insight*, repressão e negação.

As escalas clínicas e de conteúdo encontram-se abaixo da média.

Porto, 19 de abril de 2018

A Psicóloga estagiária,

Diana Moreira

Anexo II-

Planeamento das Sessões de Intervenção nos Grupos Psicoeducativos

Planeamento de Intervenção para o Grupo de Ansiedade

Sessões	Data	Tema
01	03-01-2018	Apresentação Avaliação de Expetativas
02	10-01-2018	Ansiedade/ Respiração Diafragmática
03	17-01-2018	Relaxamento Muscular
04	24-01-2018	Relaxamento Imagético
05	31-01-2018	Atribuições
06	07-02-2018	Relacionamento Interpessoal
07	21-02-2018	Assertividade
08	28-02-2018	Treino Resolução de Problemas
09	07-03-2018	Saber dizer não
10	14-03-2018	Como lidar com o stress
11	21-03-2018	Equilíbrio Ocupacional
12	04-04-2018	Cognições
13	11-04-2018	Emoções
14	18-04-2018	Autoestima
15	02-05-2018	Autoeficácia / Motivação
16	09-05-2018	Memória
17	16-05-2018	Depressão
18	23-05-2018	Higiene do sono
19	30-05-2018	Perdão
20	06-06-2018	Mindfulness
21	13-06-2018	Mindfulness
22	20-06-2018	Revisão do Progresso
23	27-06-2018	Finalização

Planeamento de Intervenção para o Grupo de Reabilitação Cardíaca

Sessões	Data	Tema
01	05-12-2017	Apresentação, definição de objetivos gerais e específicos, definição de regras de funcionamento, abordagem das temáticas a trabalhar
02	12-12-2017	Psicoeducação enfarte e saúde Importância da medicação
03	19-12-2017	Ansiedade
04	02-01-2018	Higiene do sono
05	09-01-2018	Respiração diafragmática
06	16-01-2018	Coerência cardíaca
07	23-01-2018	Saúde mental e processos de mudança A força das palavras
08	30-01-2018	Alimentação
09	06-02-2018	Coerência cardíaca (revisão)
10	20-02-2018	Perdão
11	27-02-2018	Sexualidade
12	06-03-2018	Relaxamento imagético
13	14-03-2018	Gratidão
14	20-03-2018	Saber dizer não
15	27-03-2018	Sessão de encerramento

Planeamento de Intervenção para o Grupo de SOD

Sessões	Tema
01	Apresentação, definição de objetivos gerais e específicos, definição de regras de funcionamento, abordagem das temáticas a trabalhar
02	Intestino e digestão
03	Ansiedade e relaxamento
04	Mindfulness
05	Depressão
06	Nutrição
07	Sono
08	Exercício físico
09	Stress
10	Relacionamento interpessoal
11	Mágoa
12	Perdão
13	Auto-imagem
14	Medo
15	Sexualidade
16	Sessão de encerramento

Anexo III

Apresentação em PowerPoint – Grupo de Reabilitação Cardíaca

COERÊNCIA CARDÍACA

DIANA MOREIRA (ESTAGIÁRIA)

COERÊNCIA CARDÍACA

- O coração é um órgão do corpo humano capaz de gerar o estímulo para o seu próprio funcionamento.
- O cérebro comunica-se com o coração através do sistema nervoso autônomo, simpático e parassimpático.

COERÊNCIA CARDÍACA



- O Instituto de Pesquisa HeartMath (HearthMath Research Center) tem contribuído para a divulgação de descobertas importantes no que se refere ao conceito.
- Coerência cardíaca é um estado psicofisiológico, onde a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória se encontram em perfeita sincronia.
- Quando estamos em coerência cardíaca, existe um aumento da intensidade da energia, medida em milissegundos/Hertz, no Espectro da Densidade de Potência da eletrocardiograma (ECG). Muitas alterações fisiológicas positivas são observadas.

COERÊNCIA CARDÍACA

- A comunicação harmoniosa entre as informações do cérebro-coração e entre o coração-cérebro.

Seja através dos campos magnéticos gerados por ambos os órgãos

Seja por sinal elétrico através do potencial de ação (estímulo elétrico que percorre os neurônios).

Seja por um onda mecânica gerada pelo funcionamento das válvulas cardíacas.

COERÊNCIA CARDÍACA

- Todos nós pretendemos conseguir alcançar certos objetivos e metas. Assim sendo, quando estamos num estado de coerência cardíaca somos muito mais eficazes.
- Como adquirimos este estado de coerência cardíaca?



Meditação

COERÊNCIA CARDÍACA



Meditação

- **Possibilita uma lentificação das ondas cerebrais, da mesma forma que, através do freio vagal, acalmam-se os batimentos cardíacos estabelecendo um estado coerente entre coração e o cérebro.**
- **Conhecer os pensamentos que dão significados a esses sentimentos.**
- **Equilíbrio entre razão e sentimento.**

COERÊNCIA CARDÍACA - BENEFÍCIOS

- Está associada à redução do stress e da ansiedade;
- Promove atitudes positivas, libertando-se de pensamentos negativos e que em muito influenciam o seu modo de vida;
- Reduz a fadiga, proporcionando-lhe uma sensação de energia pelo fato de controlar de outra forma a sua respiração e pressão arterial;

COERÊNCIA CARDÍACA - BENEFÍCIOS

- Combate a depressão;
- Melhora problemas de sono;
- Controla comportamentos agressivos para com os outros;
- Clareza de pensamento, que irá proporcionar uma tomada de decisão mais eficiente;
- Fortalece o sistema imunológico;
- Equilibra o estado emocional, passando a encarar a vida de outra forma;

COERÊNCIA CARDÍACA - BENEFÍCIOS

- Melhora o equilíbrio hormonal;
- Aumenta os níveis de atenção e concentração;
- Tratamento de hiperatividade ou déficit de atenção nas crianças;
- Resolve problemas de hipertensão;
- Melhora de forma geral a sua qualidade de vida;

COERÊNCIA CARDÍACA - BIOFEEDBACK



- Foram desenvolvidas pesquisas em diversas empresas da Europa e dos Estados Unidos, onde foram recrutados seis mil executivos de grandes empresas europeias e americanas e funcionários do governo do estado da califórnia.
- Essas pesquisas estão relacionadas com a indução da coerência cardíaca por meio do biofeedback cardiovascular, com resultados surpreendentes.

COERÊNCIA CARDÍACA - BIOFEEDBACK

- Com o uso do Biofeedback na coerência cardíaca, o paciente percebe que cada pensamento seu acaba influenciando a resposta dos sinais do sistema nervoso, captados pelo aparelho de Biofeedback, assim sendo o paciente compreende que o seu comportamento influencia o seu corpo, e como deve atuar para se sentir melhor.
 - E.g. Quando uma pessoa tem pensamentos negativos, invasivos, distorcidos ou com supervalorização dos problemas, o aparelho capta os sinais e os digitaliza no monitor do computador.

COERÊNCIA CARDÍACA - BIOFEEDBACK

- Através dessas pesquisas verificou-se que:

Queda da pressão arterial

Redução de sintomas pré-menstruais

Diminuição de insônia

Maior equilíbrio emocional

Diminuição de ansiedade

Diminuição de palpitações frequentes

Diminuição do cortisol (Hormona do stress)

Diminuição da exaustão e da dor

Diminuição de insatisfação no trabalho

VÍDEOS

- <https://www.youtube.com/watch?v=kf6lTD4VvHs>
- <https://www.youtube.com/watch?v=nbXWeyKRjLc>

Anexo IV

Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (Sessão 2)

Ansiedade



O que é Ansiedade?

- A ansiedade tem origem nos nossos pensamentos, o indivíduo interpreta os acontecimentos e as situações dando significados preocupantes.
- A ansiedade pode ser positiva em alguns aspetos já que nos permite preparar para algumas situações difíceis.
- A ansiedade torna-se excessiva quando esta bloqueia o raciocínio e o desempenho nas situações e perturba as atividades quotidianas, pode provocar o sofrimento e prejudicar o sono e as relações pessoais.

O que é Ansiedade?

- <https://www.youtube.com/watch?v=VePQ787bFzo>



O que é ansiedade?

- <https://www.youtube.com/watch?v=Tv0gJTBmVuc>



Ataque de ansiedade ou pânico:

- Aparecimento isolado e temporal de medo ou mal estar intenso acompanhado de 4 ou mais dos seguintes sintomas.

Parestesias (dormência)	Medo de morrer	Náuseas	Desmalo	Enjoo	Tremores
Calafrios	Instabilidade	Desrealização	Despersonalização	Sudorese (Suores)	
Medo de perder o controlo ou ficar louco	Sensação de sufoco ou falta de ar	Palpitações	Opressão peito		

- Inicia bruscamente e alcança a sua expressão máxima em 10 minutos.


Fobia específica

- O paciente experimenta medo e evitamento face a um estímulo muito concreto.
- Comum: elevadores, pássaros, fogo artificial, espaços fechados, animais, tempestades, etc.
- Iniciam-se porque o paciente reagiu com medo face a uma situação fóbica.



Agarofobia

- Diagnóstico indicado quando um paciente experimenta ansiedade por estar em locais ou situações em que sair seja difícil ou embaraçoso, ou, em caso de uma crise de ansiedade, possa não dispor de ajuda.
- O paciente sente-se seguro em meios familiares e acompanhados de pessoas de grande confiança.
- Comum: Transportes públicos, lugares amplos (centros comerciais, pontes,...) ou lugares fechados (cinema, teatro,...).



Agarofobia

- Estas situações constantemente provocam medo ou ansiedade.
- Estas situações são evitadas, exigem a presença de companhia, ou acompanhadas de intenso medo ou ansiedade.
- Sintomas duram pelo menos 6 meses.



Ansiedade Social

- O que produz ansiedade é o contacto social em qualquer das suas manifestações.
- É muito incapacitante.
- O sujeito pode limitar muito a sua vida, podendo restringir o seu contacto social a pessoas do seu meio familiar.



Ansiedade Social

- Mais intenso e extenso do que a timidez.
- Medo intenso e persistente e evitamento de situações sociais.
- Medo de avaliação negativa e humilhação.
- Surge na adolescência.

Perturbação de ansiedade generalizada

- Os pacientes sentem que vivem permanentemente ameaçadas.
- Qualquer mudança na sua vida ou rotina ou o surgimento de situações que sentem que não têm controlo provoca uma reação de ansiedade.
- Tentam ter a sua vida muito organizada e planificada para evitar mudança.

Perturbação de ansiedade generalizada

- Ansiedade excessiva ou preocupação de pelo menos 50 % dos dias acerca de 2 domínios de vida (e.g., família, saúde, finanças, trabalho).
- A preocupação é mantida pelo menos 3 meses.
- A ansiedade e preocupação estão associados com pelo menos 3 dos seguintes sintomas:

Perturbação do sono

Dificuldade de concentração

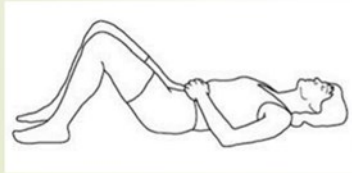
Estar facilmente cansado

Irritabilidade

Tensão muscular

Inquietação ou «no limite»

Respiração diafragmática



Respiração diafragmática

- A respiração diafragmática é um método de respiração que consiste no controlo do diafragma, utilizado para aproveitar toda a capacidade dos pulmões, fornecendo mais oxigénio ao corpo e ao cérebro, melhorando o seu funcionamento.
- A respiração diafragmática é muito utilizada para aliviar a tensão e o stress.

Respiração diafragmática

- Pode proporcionar um relaxamento durante o dia inteiro, e não só nos momentos stressantes, além de melhorar o funcionamento do cérebro.
- A respiração diafragmática ajuda a ativar o sistema autónomo parassimpático do nosso cérebro, responsável por inibir a ação do sistema simpático e restaurar a sensação de relaxamento. Por isso ela é uma técnica tão importante para os casos de ansiedade.

Respiração diafragmática

- <https://www.youtube.com/watch?v=wBUA1FEqqds>
- <https://www.youtube.com/watch?v=Uio2l3kPJk>
- <https://www.youtube.com/watch?v=AEbbzW7-Hts>



Respiração diafragmática

Exercício Prático



Anexo V

Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (Sessão 6)

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

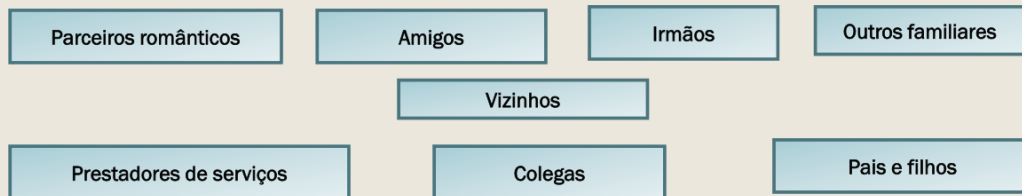
Relações interpessoais

- Relacionamento Interpessoal = Relação entre duas ou mais pessoas.
- Relações interpessoais estão presentes em todos as nossos contactos sociais.



Relações interpessoais

- As relações interpessoais têm sido investigadas em vários contextos sociais. Essas relações podem ser entre:



Relações interpessoais

- As relações entre as pessoas são afetadas pela posição na sociedade que cada pessoa ocupa, pelos papéis sociais que cada indivíduo tem e como estes são afetados pela cultura.
- Ocupar diferentes posições em diferentes círculos sociais, permite diferentes interações e relacionamentos.

Fatores que afetam o relacionamento interpessoal

- **Incompatibilidade:** Pessoas com diferentes objetivos, atitudes, processos de pensamento têm dificuldade em se ajustar gerando por vezes conflitos.
- **Comunicação:** Os indivíduos precisam de comunicar de forma eficaz para uma melhor compreensão, e uma má comunicação leva a problemas e a mal-entendidos.

Tipos de comunicação

A comunicação pode ser:

- Agressiva
- Assertiva
- Passiva

<https://www.youtube.com/watch?v=rd1mCZVNnxE>

Fatores que afetam o relacionamento interpessoal

- **Honestidade:** A sinceridade e transparência permite que se fale o que se está a pensar arranjando uma solução para cada problema.
- **Tranquilidade:** É importante manter a calma, adaptando-se às diferentes situações. Não hipervalorize alguns aspetos que não são significativos.
- **Perdão:** Um indivíduo precisa ser um pouco mais indulgente nos relacionamentos. Não arraste os problemas desnecessariamente. Lutar contra pequenos problemas piora ainda mais a situação.

Fatores que afetam o relacionamento interpessoal

- **Sorriso:** Sorria com mais frequência. Cuide das suas expressões faciais ao interagir com a outra pessoa.
- **Tempo:** Desempenha um papel importante nos relacionamentos. Os indivíduos devem passar tempo de qualidade suficiente para se conhecerem melhor. As frustrações surgem quando as pessoas não têm tempo para se encontrar ou interagir entre si.

Conflitos interpessoais

- **Pseudoconflitos e argumentos reais**

O conflito acontece quando duas pessoas querem coisas diferentes e não podem chegar a um acordo nem obter o que querem.

(e.g. Quando uma pessoa quer sair para comer comida japonesa, enquanto seu amigo quer sair para a comida italiana.)

Questões que são pseudoconflitos são desentendimentos menores que mascaram um conflito mais profundo no relacionamento, funcionando como um convite para ter um argumento sobre os problemas subjacentes.

Conflitos interpessoais

- **Política de conflitos**

São desentendimentos sobre como lidar com uma situação que afeta ambas as partes.

(e.g. por exemplo, você pode pensar a melhor maneira de obter um projeto concluído no trabalho, enquanto que o seu colega de trabalho pode sentir que o problema deve ser tratado de outra maneira.)

Conflitos interpessoais

- **Conflitos de valor**

Nenhuma pessoa tem exatamente o mesmo conjunto de valores pessoais. Pode ser fácil assumir que a outra pessoa está a ser teimosa ou errônea sobre uma situação, quando a explicação real é que existe uma diferença de valores subjacentes.

(e.g. pode acreditar que economizar dinheiro e planejar o futuro, um valor importante, enquanto que o seu parceiro acredita que é mais importante aproveitar sua vida no presente.)

Conflitos interpessoais

- **Conflitos de Ego**

É quando perder o argumento prejudicaria a “sensação de poder” da pessoa.

(e.g. se a pessoa quer ver um filme diferente do que o amigo quer, isso normalmente seria um problema fácil de resolver. No entanto, se a pessoa sente que o seu amigo sempre consegue escolher o filme, a pessoa pode sentir que é menos poderosa que o seu amigo, já que se sente passivo nessas decisões.)

Relações interpessoais

- As dificuldades nas relações interpessoais estão relacionadas com perturbações psicológicas, entre os quais a ansiedade



Por isso é que é importante adquirir competências interpessoais
<https://www.youtube.com/watch?v=f8Y74DaRAZM>

Relações interpessoais e competências sociais

Para ter relações interpessoais melhores é necessário que cada pessoa tenha certas competências sociais:

- Agradecer e elogiar
- Pedir e dar feedbacks das relações (dialogar acerca das nossas relações)
- Iniciar, manter e encerrar conversas
- Manifestar opiniões
- Fazer, recusar e aceitar pedidos
- Desculpar-se e aceitar falhas

Relações interpessoais e competências sociais

Para ter relações interpessoais melhores é necessário que cada pessoa tenha certas competências sociais:

- Pedir mudanças de comportamentos quando algo não lhe agrada no outro.
- Lidar com críticas.
- Cumprimentar e despedir-se.
- Empatia (conseguir pôr-se no lugar do outro)
- Reflexão e expressão de sentimentos e emoções.

Exercício prático

Digam em cada frase se ela é assertiva, agressiva ou passiva

- A professora põe de castigo o aluno injustamente:
 1. Grande lata! Não era eu que estava a conversar, por isso tire-me já do castigo.
 2. Pronto já vou ouvir um sermão quando chegar a casa, e logo hoje que a culpa não foi minha.
 3. Professora, peço desculpa mas houve um mal entendido. Não era eu que estava a conversar.

Exercício prático

Digam em cada frase se ela é assertiva, agressiva ou passiva

- A Carla emprestou um livro a um amigo, e ele devolveu-o todo rasgado.
 1. Hã! Não foi assim que te entreguei o livro ... mas deixa lá eu compro outro.
 2. Só podes estar a gozar!! Isto tem tem algum jeito!? Não te volto a emprestar nada.
 3. Desculpa, mas quero o meu livro tal como te emprestei. Se o rasgas-te, peço-te por favor que me compres outro.

Anexo VI

Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (Sessão 10)

Como lidar com o stress

stress

- O stress é uma resposta fisiológica e comportamental normal a algo que aconteceu ou está para acontecer, que nos faz sentir ameaçados ou que perturba o nosso equilíbrio.
- Quando nos sentimos em perigo real ou imaginário, as defesas do organismo reagem, num processo automático conhecido como reação de "luta ou fuga" ou de "congelamento", é a resposta ao stress.

stress

- O nível de stress varia de pessoa para pessoa. Ou seja, o que é stressante para determinada pessoa (muito stress), pode não o ser para outra e o que parece resultar como atenuante do stress numa pessoa pode não ser eficaz com outra.
- A capacidade do indivíduo o tolerar depende de muitos fatores, incluindo a qualidade dos seus relacionamentos, a sua visão geral sobre a vida, a sua inteligência emocional e a própria genética.

Stress

Stress Positivo

- A perceção do agente stressor pelo indivíduo como um desafio capaz de ser superado.
- É agradável e possibilita o desenvolvimento emocional e intelectual do indivíduo, na medida em que o estimulam para a ação e o tornam mais produtivo.
- Este nível positivo de stress foi denominado de eustress.

Stress Negativo

- A perceção do agente stressor pelo indivíduo é visto como uma ameaça.
- É desagradável e prejudicial ao homem, correspondendo a uma condição patológica denominada de distress.

Causas de stress

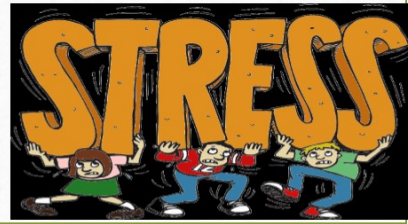
- Causas de stress externas
 - Stress no trabalho (stress profissional);
 - Problemas financeiros;
 - Grandes mudanças na vida;
 - Problemas familiares;
 - Etc.

Causas de stress

- Causas de stress internas
 - Padrão de comportamento ansioso (stressada / stressado);
 - Preocupação constante;
 - Pessimismo;
 - Expectativas irreais / perfeccionismo;
 - Pensamento rígido, falta de flexibilidade;
 - Atitudes de “tudo ou nada”

Efeitos do stress

- <https://www.youtube.com/watch?v=M-zrakeau0M>
- https://www.youtube.com/watch?v=95W_msP6-Cs



Como lidar com o stress?

- As formas que podem ajudar a lidar com o stress podem ser:
 - Aprender a dizer que não;
 - Ganhar controlo sobre o ambiente externo;
 - Organizar por prioridades a lista de atividades que tem de fazer;
 - Expressar os sentimentos;
 - Dispor-se a estabelecer compromissos;

Como lidar com o stress?

- As formas que podem ajudar a lidar com o stress podem ser:

- Assertividade;
- Geirir melhor o tempo;
- Reenquadrar o problema;
- Fazer “zoom” no problema;
- Estabelecer padrões razoáveis;

Como lidar com o stress?

- As formas que podem ajudar a lidar com o stress podem ser:

- Focar-se no que é positivo e construtivo;
- Evitar pessoas que provoquem stress;
- Não tentar controlar o incontrolável;
- Não se culpabilizar;
- Fazer alguma atividade que goste todos os dias;

Como lidar com o stress?

- As formas que podem ajudar a lidar com o stress podem ser:
 - Conectar-se os outros;
 - Manter o senso de humor
 - Lidar com pensamentos indesejados.

Como lidar com o stress?

Aprenda a dizer “não”

- Recuse-se a aceitar responsabilidades adicionais antes de se comprometer com elas.
- Aceitar mais responsabilidades do que você consegue ou está preparado irá provocar stress.

Como lidar com o stress?

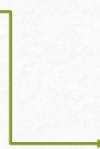
Ganhar controlo sobre o ambiente externo



- Se as notícias dos jornais e TV o fazem ansioso, desligue a TV ou feche o jornal.
- O trânsito deixa-o tenso, tente ir por um caminho que não tenha trânsito.
- Se ir às compras sozinho o stressa, arranje companhia.
- Tente sempre que possível arranjar uma alternativa que esteja sobre o seu controlo, que possa decidir por si e executar na hora.

Como lidar com o stress?

Organize por prioridades na sua lista de coisas a fazer



- Análise o seu calendário, responsabilidades, e tarefas diárias.
- Tente perceber aquilo que realmente importa fazer, e não aquilo que acha que deveria fazer.
- Tente hierarquizar em termos funcionais as suas prioridades.
- Coloque as tarefas que não são efetivamente necessárias no fim da sua lista ou elimine-as mesmo.

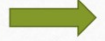
Como lidar com o stress?

Expresse os seus sentimentos



- Se algo ou alguém está a incomodar, expresse as suas preocupações de uma forma aberta e respeitosa.

Esteja disposto a estabelecer um compromisso.



- Quando pedir a alguém para mudar o seu comportamento, esteja disposto a fazer o mesmo.

Como lidar com o stress?

Assertividade

- Não tome uma posição secundária na sua própria vida.
- Lide com os problemas de frente, fazendo o seu melhor para antecipar e prevenir.

Como lidar com o stress?

Melhor gestão do seu tempo

- A má gestão do tempo pode causar um enorme stress. Quando você está atrasado e com muitas coisas para fazer, é difícil estar calmo e focado.
- Organize-se antecipadamente e certifique-se que não vai ficar sobrecarregado com trabalho face ao tempo disponível, ficará numa situação de controlo e evitará assim a acumulação de stress.

Como lidar com o stress?

Reenquadre o problema

- Tente ver as situações causadoras de stress de uma perspetiva mais positiva.

(e.g. Invés de se irritar porque ficou preso no trânsito, olhe para isso como uma oportunidade para parar e reagrupar os seus pensamentos, ouvir a sua estação de rádio favorita, ou desfrutar de algum tempo sozinho)

Como lidar com o stress?

Faça “zoom” no problema.

- Pergunte a si mesmo o quão importante será o stressor a longo prazo na sua vida.
- Se este não for importante, concentre o seu tempo e energia noutra coisa, situação ou lugar.

Como lidar com o stress?

Estabelecer padrões
razoáveis

- O perfeccionismo é uma grande fonte de stress evitável. Pare de se preparar para o fracasso, exigindo a perfeição.
- Estabeleça por isso padrões razoáveis para si e para os outros.

Como lidar com o stress?

Foque-se no positivo e construtivo

- Quando sente que está prestes a ser afetado por uma reação ao stress, reflita sobre tudo o que aprecia na sua vida.
- Relembre-se que tem em si a capacidade para lidar com situações difíceis e incómodas.

Como lidar com o stress?

Evite pessoas que lhe provoquem stress

- Limite o tempo que passa com essa pessoa.
- Se caso não seja possível limitar o tempo, tente perceber se existem alternativas que o capacitem na determinação de uma solução intermédia.

Como lidar com o stress?

Não tente controlar o incontrolável

- Não fique completamente stressado por causa situações que não pode controlar.
- Foque-se na maneira que pode reagir aos problemas.

Como lidar com o stress?

Não se culpabilize. Siga em frente

- Quando enfrentamos grandes desafios, devemos tentar olhá-los como oportunidades de crescimento pessoal.
- Se as suas escolhas foram desadequadas e contribuíram para o problema, deverá tentar refletir sobre elas e aprender com os seus erros.
- Deveremos por isso tentar algo novo ou diferente, e assim continuarmos no caminho da resolução ou solução do problema.

Como lidar com o stress?

Faça algo que goste todos os dias

- Faça atividades de lazer que lhe tragam alegria, procure aquilo que as crianças tanto fazem bem, perca temporariamente a noção do tempo e envolva-se em algo onde se esquece de si mesmo e do que o cerca.
- **Flow**: comprometimento com o prazer em atividades do dia-a-dia. Aprecie o estado de fluxo da sua vida.

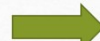
Como lidar com o stress?

Conectar-se com os outros



- Gastar tempo com pessoas de quem gosta.
- Um forte sistema de apoio será um inibidor dos efeitos negativos do stress.

Mantenha o seu senso de humor



- capacidade de rir de si mesmo.
- O ato de rir permite libertar endorfinas na corrente sanguínea é um excelente inibidor dos sintomas do stress.

Como lidar com o stress?

Lide com pensamentos indesejados:

- Grande parte do stress diário que enfrentamos é resultado de pensamentos indesejados que circulam nas nossas cabeças. E.g. “Será que desliguei o fogão?”
- Há uma série de técnicas para se livrar de pensamentos indesejados. Aqui estão algumas delas:
 - O período de preocupação. Investigadores têm instigado pessoas com pensamentos ansiosos persistentes a adiar a sua preocupação até um período designado por “período de 30 minutos de preocupação”- neste período as pessoas podem e devem pensar e centrar-se no que as preocupa.
 - Escrever sobre o assunto. Escrever sobre os seus pensamentos e sentimentos mais profundos pode ajudar a reduzir os pensamentos indesejados atuais.

Anexo VII

Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (Sessão 19)



O que é perdão?

- Perdão tem significados diferentes para cada pessoa.
- Geralmente o perdão envolve uma decisão para deixar o ressentimento e pensamentos de vingança de lado.
- O perdão pode ajudar a libertar-se e ajuda a continuar a vida. Podendo levar a sentimentos de compreensão, empatia e compaixão pelo outro ou por nós mesmos.
- O perdão não significa esquecer ou desculpar o dano causado por quem lhe faz mal .

O que é perdão?

- O perdão é um processo que se desenvolve ao longo do tempo mediante o qual a pessoa vira a página a esse mal-estar. As mágoas que sofremos demoram pouco tempo a acontecer, mas sarar essas feridas através do perdão é processo demorado.
- A mágoa e o ressentimento desgasta física e psicologicamente, consumindo toda a nossa energia mental e emocional.

O que é perdão?

- <https://www.youtube.com/watch?v=jSq47Z1G1CQ>



Fases do perdão

- Para perdoar o indivíduo passa por um processo constituído por quatro fases:
 - **Primeira fase:** Reconhecimento da raiva, considerando a forma de viver e sentir de cada pessoa.
 - **Segunda fase:** Decidir perdoar dependendo do tempo de cada pessoa.
 - **Terceira fase:** Trabalhar o perdão desenvolvendo a empatia e a compaixão.
 - **Quarta fase:** Descobrir-se e libertar-se do "peso" emocional.

Benefícios de perdão

Diminuição da tensão arterial

- Quando já não sentimos ansiedade ou raiva por causa de queixas passadas, a frequência cardíaca diminui, logo a tensão arterial diminui.
- Isso normaliza muitos processos no corpo e leva-nos á coerência cardíaca.

Benefícios de perdão

Redução de stress

- O perdão alivia o stress porque já não recicla pensamentos (conscientes e inconscientes) que causam o stress psíquico.



Benefícios de perdão

Menos hostilidade

- O perdão tem como objetivo abandonar a hostilidade em relação a nós mesmos e aos outros.
- O comportamento hostil sem motivo diminui, o nosso compromisso com o perdão aumenta.
- Sem o peso do passado, podemos gerir melhor as reações de hostilidade.

Benefícios de perdão

Menor risco de álcool ou abuso de substâncias

- O abuso de substâncias é uma máscara para dor subjacente provocada pelo ressentimento.
- O perdão ajuda-nos a libertar essa dor e a viver o que há de positivo no presente.

Benefícios de perdão

Diminuição sintomas de depressão

- Semelhante à redução do abuso de substâncias, esta é uma questão crucial para muitas pessoas.
- A depressão é debilitante e pode levar ao suicídio.
- O perdão permite-nos a depressão por um senso de propósito e compaixão.

Benefícios de perdão

Diminuição sintomas de ansiedade

- A ansiedade surge frequentemente quando tememos que fizemos algo errado.
- A consciência culpada causa ansiedade em um nível profundo.
- O perdão ajuda-nos a amar-nos profundamente, aliviando-nos da dor interior.

Benefícios de perdão

Redução da dor crónica

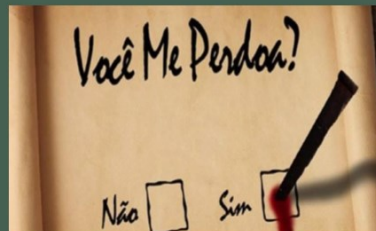
- A dor física muitas vezes tem uma causa psicológica.
- Quando permitimos uma mudança profunda para acontecer o perdão, estamos a curarmo-nos tanto a nível psicológico como a físico.
- Assim, a dor crónica pode diminuir e pode melhorar a nossa saúde.

Benefícios de perdão

Melhoria do bem-estar psicológico

- Praticando o perdão a nossa vida torna-se mais harmoniosa a todos os níveis.
- Sentimo-nos mais calmos, mais felizes e prontos para dar compaixão e amor a quem nos rodeia.

Exercício




Anexo VIII

Apresentação em PowerPoint – Grupo de Ansiedade (Sessão 20)



MINDFULNESS

Diana Moreira
2017/2018
Grupo de ansiedade



MINDFULNESS

- Mindfulness significa Atenção plena.
- Promove o contacto entre o corpo e a mente
- Observa e aceita em vez de desafiar e mudar.
- Permite uma maior flexibilidade psicológica e cria novos esquemas ou circuitos neuronais.
- Aumenta a capacidade de tolerar a exposição a conteúdos mentais aversivos através do foco e manutenção da atenção.



PROGRAMAS DO MINDFULNESS

- **REDUÇÃO DO STRESS**
MBSR (Jon Kabat-Zinn)
- **TERAPIA COGNITIVA**
MBCT(Williams, Teasdale & Segal)
- **AUTOCOMPAIXÃO**
MSC (Germer & Neff)
- **TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA**
DBT (Marsha Linehan)
- **TERAPIA DA ACEITAÇÃO E DO COMPROMISSO**
ACT (Steven Hayes)



MINDFULNESS AUTOCOMPAIXÃO

- Combina ferramentas de atenção plena (ou mindfulness) e autocompaixão, funcionando como uma ferramenta poderosa para a resiliência emocional.
- Representa uma postura calorosa e de aceitação perante aspetos de nós mesmos e da nossa vida de que não gostamos tanto.



MINDFULNESS AUTOCOMPAIXÃO

- Permite manter as emoções dolorosas sob uma atenção consciente enquanto estende-se sentimentos de cuidado e de bondade para conosco próprios.
- A autocompaixão envolve responder a essas experiências difíceis com bondade, simpatia e compreensão de modo que possamos confortarmos e acolhermo-nos quando estamos a sofrer.



MINDFULNESS AUTOCOMPAIXÃO

- É constituída por três dimensões:

Auto bondade vs Auto
julgamento

Condição Humana Comum
vs Isolamento

Mindfulness vs Auto
identificação

MINDFULNESS AUTOCOMPAIXÃO

- <https://www.youtube.com/watch?v=OnL3xpe36r0>



MINDFULNESS AUTOCOMPAIXÃO

- Vários estudos têm verificado que a autocompaixão é um forte preditor da saúde mental e do bem-estar.
- Num estudo verificaram através de uns registos diários que um aumento das capacidades de autocompaixão estava ligado a uma diminuição de depressão, ansiedade, vergonha, sentimentos de inferioridade e comportamento submisso.



MINDFULNESS AUTOCOMPAIXÃO

Exercício Prático



- <https://www.youtube.com/watch?v=Dm1BNjkmTJU&t=355s>

Anexo IX

Folhetos informativos para o Grupo de Ansiedade

Respiração diafragmática



Grupo de ansiedade

2018



Respiração diafragmática

ETAPAS:

- 1- Coloque-se de forma confortável e com a postura reta, sentado ou deitado.
- 2- Coloque uma mão no abdômen, para que ela ocupe o espaço entre o umbigo e as primeiras costelas. Colocar a mão nesta região ajuda os principiantes a sentir o movimento da barriga.
- 3- Tente relaxar, feche os olhos e concentre-se num ponto fixo imaginário, sem perder o foco da respiração.
- 4- Inspire pelo nariz até encher os pulmões de ar, faça-o devagar, sinta o ar a descer até o abdômen e encha os seus pulmões por completo. Conte até quatro enquanto inspira.
- 5- Retenha o ar dentro dos pulmões por breves instantes, mantendo os pulmões e a barriga cheios.
- 6- Agora expire pela boca; solte o ar dos pulmões, de forma a esvaziar os pulmões e a barriga completamente.

- 7- Deve estar atento aos movimentos do seu corpo. O ideal é realizar esta respiração sem deixar o tórax se elevar; os ombros por exemplo, devem manter-se no mesmo nível, sem subir ou descer: o trabalho de respirar deve ser designado totalmente ao diafragma e deve tentar encher os seus pulmões por completo.

CONSELHOS:

- A respiração diafragmática pode ser feita a toda e qualquer hora do dia, mas, se preferir, opte pelos momentos mais stressantes, pois ela ajuda a relaxar o corpo e clarear as ideias.
- O hábito de respirar desta forma é o primeiro passo para conseguir deixar de respirar pelo tórax.
- Se tem problemas para dormir, tente, enquanto deitado, fazer a respiração diafragmática. O relaxamento proporcionado pelo aumento da oxigenação do cérebro ajuda a ter uma boa noite de sono.



Relações Interpessoais



Grupo de ansiedade
2018

Relacionamento Interpessoal

Relacionamento Interpessoal = Relação entre duas ou mais pessoas.

Relações interpessoais e competências sociais

Para ter relações interpessoais melhores é necessário que cada pessoa tenha certas competências sociais:

- Agradecer e elogiar;
- Pedir e dar feedbacks das relações (estabelecer diálogo sobre o que se está a pensar e sentir relacionado com o relacionamento);
- Iniciar, manter e encerrar conversas;
- Manifestar opiniões;
- Fazer, recusar e aceitar pedidos;
- Desculpar-se e aceitar falhas;
- Pedir para que haja mudanças de comportamentos quando algo não lhe agrada no outro;
- Lidar com críticas;
- Cumprimentar e despedir-se;
- Empatia (conseguir pôr-se no lugar do outro);
- Reflexão e expressão de sentimentos e emoções.



Perdão



Grupo de Ansiedade

2018

Diana Moreira

O que é o perdão?

- Geralmente o perdão envolve uma decisão para deixar o ressentimento e pensamentos de vingança de lado.
- O perdão pode ajudar a libertar-se e ajuda a continuar a vida. Podendo levar a sentimentos de compreensão, empatia e compaixão pelo outro ou por nós mesmos.
- O perdão é um processo que se desenvolve ao longo do tempo mediante o qual a pessoa vira a página a esse mal-estar. As mágoas que sofremos demoram pouco tempo a acontecer, mas sarar essas feridas através do perdão é processo demorado.
- A mágoa e o ressentimento desgastam física e psicologicamente, consumindo toda a nossa energia mental e emocional.

Benefícios de perdão

- Diminuição da tensão arterial
- Redução de stress
- Menos hostilidade
- Diminuição sintomas de depressão
- Redução da dor crónica

- Melhoria do bem-estar psicológico

Como perdoar os outros

1. Reconhecer e identificar as feridas e mágoas.
2. Partilhar a mágoa com alguém
3. Identificar o que foi perdido
4. Lidar com a cólera e o desejo de vingança
5. Aceitar-se por ter esses sentimentos
6. Compreender quem nos magoou
7. Encontrar um sentido maior, uma aprendizagem
8. Benefícios e Permissão para perdoar
9. Assumir o compromisso para perdoar
10. Decidir entre acabar a relação o recriá-la.

Como perdoar a mim mesmo

1. Pense na situação que quer perdoar: "Eu quero perdoar-me por..."
2. Foque-se na sensação de desconforto do assunto e esteja atento aos sentimentos associados.
3. Identifique 2 ou 3 sentimentos associados e escreva num caderno: "Eu quero libertar-me de..."
4. Identifique os benefícios que sentirá ao perdoar-se a si mesmo.
5. Seguidamente escreva: "Eu perdoar-me por... Quero prosseguir a minha vida sentindo".

Mindfulness Self-compassion



Grupo de ansiedade

2018

Diana Moreira

Mindfulness Self-compassion

O que significa mindfulness Self-compassion?

- Mindfulness Self-compassion = Atenção plena + Autocompaixão

O que é autocompaixão?

- A Autocompaixão foi definida como uma postura calorosa e de autoaceitação perante aspetos de nós mesmos e da nossa vida de que não gostamos tanto.

As três dimensões do Mindfulness self-compassion

- Auto bondade vs Autojulgamento: Ser bondoso(a), gentil e compreensivo(a) com você mesmo(a) quando está em sofrimento.
- Condição Humana Comum vs Isolamento: Perceber que não está sozinho nas suas lutas. Quando estamos em luta temos

a tendência nos sentirmos especialmente isolados. Tendemos a pensar que somos os únicos a enfrentar a perda, a cometer erros, a nos sentirmos rejeitados ou a falhar. Mas são essas mesmas lutas que fazem parte da nossa experiência partilhada, como seres humanos.

- Mindfulness vs Autoidentificação: Observar a vida como ela é, sem julgar ou suprimir os seus pensamentos e sentimentos. Envolve a permissão e a aceitação dos sentimentos próprios, sem uma excessiva identificação com os mesmos.

Benefícios

Os benefícios do Mindfulness self-compassion são:

1. Diminuição de depressão,
2. Diminuição da ansiedade,
3. Diminuição da vergonha,
4. Diminuição de sentimentos de inferioridade
5. Diminuição do comportamento submisso.

Anexo X

Póster apresentado nas XIX Jornadas de Psicologia do IUCS

PREVALÊNCIA DOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

INTRODUÇÃO

A Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP), a par com as intervenções de Modificação Comportamental são os tratamentos de primeira linha, utilizados para corrigir o comportamento dissinérgico dos músculos esfinterianos abdominais, retais e anais. Os pacientes em RPP podem concomitantemente exibir características de perturbação emocional. Apesar de se discutir se a psicopatologia é causa ou consequência das suas condições, tem-se verificado que a mesma pode ter um impacto negativo no programa RPP.

ESFÍNCTERES, CÉREBRO E DISTÚRBIOS EMOCIONAIS:

Estudos com recurso a imagiologia cerebral revelaram que nas pessoas com irritação intestinal, tende a haver maior volume de informação transmitida dos intestinos ao cérebro do que no caso das pessoas sem queixas intestinais (Enders, 2015). Tem-se afirmado que os antidepressivos tratam simultaneamente de ambos, ou até levantado a suspeita de que em muitos casos os antidepressivos atuam exclusivamente nos intestinos, atendendo ao facto de 95% da serotonina produzida pelo próprio corpo ter origem nas células intestinais (Gershon, 2012, 2013).

Quem sofre de intestino irritado apresenta geralmente uma prevalência de ansiedade ou de depressão, superior à da população em geral (Enders, 2015; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). Independentemente de se considerar como causa ou consequência das condições de saúde daqueles pacientes, tem-se verificado que a psicopatologia tem um impacto negativo nos programas RPP (Nehra, Bruce, Rath-Harvey, Pemberton, & Camilleri, 2000). Nestes casos a indicação para tratamento através de cirurgia é secundária, pois o que se deve corrigir são os problemas psicológicos, musculares e/ou neurológicos (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

PSICOPATOLOGIA E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO:

O aconselhamento psicológico é muito importante em pacientes com SOD que têm depressão e/ou ansiedade (Hwang et al., 2006; Milacca, Gagliardi & Pescatori, 2010). Denote-se que 1/3 das mulheres com este problema relatam episódios de trauma sexual na infância e na adolescência (Devroede, 2000). O acompanhamento psicológico está associado à diminuição da sintomatologia psicopatológica em geral, verificando-se melhorias na qualidade de vida (Labus et al., 2013).

Uns intestinos em sofrimento (devido a stress ou a intolerância alimentar) podem desencadear sentimentos negativos. O stress tem efeitos sinérgicos sobre a função intestinal (Rao et al., 2007), sendo este considerado um fator de risco (Qin, Cheng, Tang, & Bian, 2014).

A psicopatologia tem sido relacionada como tendo um impacto negativo nos resultados do programa da RPP. Relativamente ao tratamento, as abordagens multidisciplinares nos doentes em RPP têm vindo a fornecer os melhores resultados (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência dos distúrbios emocionais de pacientes em Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP) do Centro Hospitalar de São João.

MÉTODO

Foram incluídos no estudo os doentes referenciados à consulta de RPP do sexo feminino com média de idade 53 anos e que cumpriram critérios clínicos e imagiológicos, sendo excluídos os doentes com causas secundárias. Os pacientes foram submetidos a uma avaliação psicológica através da Hospital Anxiety and Depression Scale e do Pittsburgh Sleep Quality Index, como parte de uma abordagem terapêutica integrada. Procedeu-se aos registos em base de dados no Statistical Package for Social Science (versão IBM SPSS 24) do Windows. Os registos incluem o diagnóstico psiquiátrico prévio e os resultados das administrações dos instrumentos de avaliação aplicados.

RESULTADOS

A avaliação psicológica realizada permitiu verificar que no início da intervenção a maioria dos pacientes, apresentavam sinais de psicopatologia, nomeadamente de ansiedade e alterações do sono.



CONCLUSÕES

A literatura tem vindo a demonstrar que os pacientes em RPP têm, devido às suas doenças, uma qualidade de vida diminuída, com um forte impacto sobre a saúde mental. Relativamente à população geral Portuguesa, a literatura tem vindo a mostrar que as perturbações mentais e do comportamento mantêm um peso significativo no total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,75%. Simultaneamente, as perturbações mentais representam 20,55% do total de anos vividos com incapacidade (DGS, 2015). As taxas de prevalência de ansiedade e depressão em Portugal são de 16,5% a 7,9%, respetivamente, e de distúrbios do sono, de 30% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Quanto aos pacientes do nosso estudo, podemos verificar que grande parte apresenta uma pobre qualidade de sono (90%), ansiedade moderada/severa (65%). Um parte considerável da amostra apresenta uma história de transtorno psiquiátrico (36%) e depressão moderada/severa (32%). Estes dados reforçam a importância de uma abordagem multiprofissional ao lidar com pacientes em RPP. Enders (2015) considera que quem sofre dos intestinos beneficiará com uma intervenção em psicoterapia que permitirá desconstruir tensões e educar a pessoa no sentido da aprendizagem de alternativas saudáveis de movimento a nível neuronal.

Bibliografia

- Camilo de Almeida, M., Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1. Saúde. Lisboa: Fundação de Ciências Médicas.
- Craig, A. G. (2008). *How do they feel?* Now! The anterior insula and human awareness. *Nat. Rev. Neurosci.*, 11(12), 99-103.
- Costa, J. J., & Soares, P. (2011). Psychological aspects of pelvic incontinence in women. *Obstetrics & Gynaecology*, 118(1), 100-105. DOI: 10.1093/ogp/118.1.100
- Devroede, G. (2000). Early life events in the past history of patients with gastrointestinal tract and pelvic floor dysfunction. *Prog. Brain Res.*, 102, 131-132.
- Enders, J. (2015). *Psychology, Health and Illness*. 2015. Psychology Nowhere para a Routledge. ISBN: 978-1137-00000-0
- Enders, J. (2015). A link between gut function and depression associated with anxiety, incontinence. A 10-year follow-up study from the Haringey HUNT study (EPIC-HUNT). *Neurology and Urology*, 66, 320-326. DOI: 10.1016/j.neuro.2015.07.001
- Gershon, M. D. (2012). Serotonin in the gut and a link of the brain-gut axis. *Neurology*, 79(16), 1688-1692.
- Gershon, M. D. (2013). Gut-brain interactions in the pathogenesis of depression. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.*, 20(1), 11-17. doi: 10.1097/COE.0b013e318282820a
- Hwang, Y.H., Pomeroy, E., Cho, J.S., Nery, Y.S., Singh, J., Wilson, E.J., Whipple, J.L., Wrensch, M.R. (2006). Biofeedback therapy for rectal incontinence. *Ann Coloproctol.*, 18(1), 11-14. DOI: 10.1007/s00163-006-0244-7
- Milacca, C., Gagliardi, G., & Pescatori, M. (2010). The "Dinner for Family" Test in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases and psychological distress: a prospective controlled study. *Colorectal Dis.*, 12(8), 100-106. DOI: 10.1111/j.1469-7580.2010.02464.x
- Podzemny, M., Krasa, E., Gagliardi, G., Pescatori, M., & Pescatori, M. (2015). Psychological disorders in patients with anorectal diseases and constipation in a tertiary practice. *The American Journal of Gastroenterology*, 95, 1755-1759. <https://doi.org/10.1039/c5ga00014a>
- Podzemny, M., Krasa, E., Gagliardi, G., Pescatori, M., & Pescatori, M. (2015). Psychological disorders in patients with anorectal diseases and constipation in a tertiary practice: an exploratory study. *Aliment Pharmacol Ther.*, 37, 304-310. DOI: 10.1111/apt.12910
- Qin, Y., Cheng, C., Tang, S. D., & Bian, Z. S. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.*, 18(12), 1522-24. DOI: 10.3747/j.gip.2014.1803
- Rao, S. S., Cheng, C. H., Tang, S. D., & Bian, Z. S. (2007). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.*, 13(12), 2018-21.
- Rao, S. S. (2008). *Emerging behavioral and psychological aspects. Gastroenterology clinics of North America*, 37(2), 309-336.

Dulce Sousa, Ana Regadas, Diana Moreira, Fernanda Moedas, Susana Moreira, Rosário Curral, Fernando Parada⁵

¹ Psicologia Clínica no Centro Hospitalar de São João, Portugal; ² Instituto Universitário de Ciências da Saúde - Nova CESPU, Portugal; ³ Psicologia Hospitalar no Centro Hospitalar de São João, Portugal; ⁴ Unidade Clínica do Centro Hospitalar de São João, Portugal; ⁵ Centro de Diagnóstico RPP no Centro Hospitalar de São João, Portugal



Anexo XI

Artigo Científico para a Apresentação no 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos
Portugueses

Fundamentos para a intervenção psicológica na Síndrome de Obstrução Defecatória

Dulce Sousa¹, Fernanda Moedas², Diana Moreira², Ana Regadas², Susana Moreira³ & Rosário Curral⁴

¹Psicóloga Clínica no Centro Hospitalar de xxxx, Portugal

²Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), Portugal

³Assistente Hospitalar Graduada de MFR no Centro Hospitalar de xxxx, EPE, Portugal

⁴Diretora da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de xxxx, EPE, Portugal

Autor correspondente

Dulce Sousa

Psicóloga Clínica no Centro Hospitalar de xxxx, Portugal

jdulce.sousa.cshj@min-saude.pt

Resumo

Introdução: Os pacientes com Síndrome de Obstrução Defecatória (SOD) podem concomitantemente exibir características de perturbação emocional. A Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP) a par com as intervenções de Modificação Comportamental são os tratamentos de primeira linha, utilizados para corrigir o comportamento dissinérgico dos músculos abdominais, puborretal e esfíncter anal. Apesar de se discutir se a psicopatologia é causa ou consequência das suas condições, tem-se verificado que a mesma tem um impacto negativo no programa RPP.

Objetivos: Avaliar a pertinência da intervenção psicológica em pacientes com SOD, considerando a prevalência dos distúrbios emocionais nestes pacientes do Centro Hospitalar S. João em comparação com um grupo de controlo de indivíduos saudáveis.

Métodos: Os participantes no estudo, pacientes que cumpriram os critérios clínicos e imagiológicos e grupo de controlo, foram avaliados através do diagnóstico psiquiátrico prévio, da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e do *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI).

Resultados: Nos pacientes com SOD, a avaliação psicológica revelou que a maioria tinha um distúrbio emocional, prevalência significativamente superior à evidenciada no grupo de controlo.

Discussão: A elevada prevalência de distúrbios emocionais torna os pacientes com SOD elegíveis para uma intervenção psicológica. Estes dados corroboram as evidências da literatura científica de que o aconselhamento psicológico é importante enquanto componente da abordagem multidisciplinar em RPP para a obtenção de resultados de sucesso. Os resultados da RPP são altamente dependentes da motivação do paciente e compromisso com o programa. A intervenção psicológica integrada na abordagem da equipa interdisciplinar, favorece a adesão dos doentes.

Declaração

O presente artigo não foi sujeito a revisão por pares, sendo o conteúdo do mesmo da total e exclusiva responsabilidade dos autores.

Palavras-chave: Obstrução, Defecatória, Distúrbios, Emocionais.

Introdução

A Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP), é o tratamento de primeira linha, a par com as intervenções de Modificação Comportamental, utilizado para corrigir o comportamento dissinérgico e melhorar a perceção dos músculos abdominais puborectal e esfínteriano (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

A Síndrome de Obstrução Defecatória (SOD) afeta 25 a 50% dos pacientes (WGO, 2010), na maioria mulheres (Soares & Barbosa, 2016) e, atualmente, cada vez mais a população idosa (Gorzoni & Marrochi, 2011). Pode ter como origem distúrbios funcionais ou orgânicos (doença, sedentarismo, dieta, automedicação, etc., segundo Gorzoni & Marrochi, 2011). Algumas das causas orgânicas, como prolapso retal, podem ser prontamente identificadas. Quase 20% dos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico.

Em contraste, os distúrbios funcionais que muitas vezes coexistem, são menos reconhecidos e dificilmente geridos. Estudos com recurso a imagiologia cerebral

revelaram que nas pessoas com irritação intestinal, tende a haver maior volume de informação transmitida transportada, pelo nervo vago, passando pelo tálamo, ao cérebro do que no caso das pessoas sem queixas intestinais (Enders, 2015). O intestino tem exatamente os mesmos recetores nervosos do cérebro. Tem-se afirmado que os antidepressivos tratam simultaneamente de ambos, ou até levantado a suspeita de que em muitos casos os antidepressivos atuam exclusivamente nos intestinos, atendendo ao facto de 95% da serotonina produzida pelo próprio corpo ter origem nas células intestinais (Gershon, 2012).

Os pacientes em RPP exibem, concomitantemente, características sugestivas de perturbação emocional, apresentando geralmente uma prevalência de ansiedade ou de depressão, superior à da população em geral (Enders, 2015; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). Independentemente de se considerar como causa ou consequência das condições de saúde daqueles pacientes, tem-se verificado que a psicopatologia tem um impacto negativo nos programas RPP (Nehra, Bruce, Rath-Harvey, Pemberton, & Camilleri, 2000). Os sintomas da ansiedade dificultam o relaxamento e por consequência o músculo puborretal não relaxa. Essa tensão provoca um alongamento do nervo pudendo que pode levar a uma neuropatia. Nestes casos a indicação para tratamento através de cirurgia é secundária, pois o que se deve corrigir são os problemas psicológicos, musculares e/ou neurológicos (Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015). O *stresse* tem efeitos sinérgicos sobre a função intestinal, sendo este considerado um fator de risco (Qin, Cheng, Tang & Bian, 2014).

O aconselhamento psicológico é muito importante em pacientes com SOD que têm depressão e/ ou ansiedade, assim como o recurso a abordagens específicas de Intervenção Psicológica (IP), como a prática de exercícios de relaxamento ou Yoga (Miliacca, Gagliardi & Pescatori, 2010; Podzemny, Pescatori, & Pescatori, 2015).

Métodos

Desenho do estudo: Para avaliar da pertinência da intervenção psicológica em pacientes com SOD através do levantamento da prevalência dos distúrbios emocionais nestes pacientes do Centro Hospitalar S. João em comparação com um grupo de controlo de indivíduos saudáveis, foi efetuado um estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal.

Participantes: Os 53 participantes no estudo, 31 pacientes referenciados à consulta de RPP que cumpriram os critérios clínicos e imagiológicos [grupo experimental (GE)] e os 22 participantes do grupo de controlo (GC), foram avaliados previamente através do diagnóstico psiquiátrico e duma avaliação psicológica, sendo excluídos os que apresentassem causas secundárias das suas condições.

Instrumentos: Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica: versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007) permite avaliar estados de depressão, ansiedade e *stress* emocional, em pacientes hospitalares. *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989), tem como objetivo medir a qualidade e padrões de sono no adulto, durante o último mês.

Procedimentos: Os pacientes foram submetidos a uma avaliação psicológica, como parte de uma abordagem terapêutica integrada. Procedeu-se aos registos em base de dados no *Statistical Package for Social Science* (versão IBM SPSS 24) do Windows. Os registos

incluem o diagnóstico psiquiátrico prévio e os resultados das administrações dos instrumentos de avaliação aplicados.

Análise Estatística: A partir dos registos efetuados, realizou-se uma análise estatística indicadora da prevalência de distúrbios emocionais e de perturbações da qualidade dos padrões do sono nos pacientes com SOD (GE) e nos indivíduos que participaram no GC.

Posteriormente comparam-se os resultados obtidos em ambos os grupos, através da realização de testes *t de Student* para amostras independentes.

Resultados

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos dois grupos: experimental (GE) (31 pacientes referenciados à consulta de RPP) e controlo (GC) (22 participantes).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

		Grupo	N	%	M	DP
Sexo	F	Experimental	25	80,6%		
		Controlo	14	63,6%		
	M	Experimental	6	19,4%		
		Controlo	8	36,4%		
Idade	Experimental	31		53,55	17,395	
	Controlo	22		36,86	18,594	

Nota: N: N^o de participantes; F: Sexo Feminino; M: Sexo Masculino; M: Média; DP: Desvio Padrão
Analisando os dados da tabela 1, verifica-se que existem mais mulheres em ambos os grupos. No GE a idade média é superior à do GC, mas os valores de DP são bastante próximos.

A tabela 2 apresenta a análise descritiva dos resultados obtidos na avaliação psicológica realizada aos participantes no estudo.

Tabela 2 - Análise estatística descritiva dos resultados (M e DP) obtidos na HADS e no PSQI, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC)

		Grupo	N	M	DP
HADS	Ansiedade	Experimental	31	11,32	4,593
		Controlo	22	6,86	4,400
	Depressão	Experimental	31	8,55	5,078
		Controlo	22	3,86	2,883
PSQI_total	Experimental	31	11,90	5,294	
	Controlo	22	6,86	4,443	
Total de participantes (N)			53		

N: N^o de participantes; M: Média; DP: Desvio Padrão

A avaliação psicológica realizada aos participantes no estudo, revelou, no caso da subescala de Ansiedade da HADS, uma média de resultados superior no grupo experimental (M=11.32; DP=4.593) face à do grupo de controlo (M=6.86; DP=4.400). Na subescala de Depressão da HADS, observou-se uma média de resultados superior no grupo experimental (M=8.55; DP=5.078) face ao grupo de controlo (M=3.86; DP=2.883). No PSQI, os resultados mostraram uma média de resultados indicadores de perturbações da qualidade dos padrões do sono superior no grupo experimental (M=11.90; DP=5.294) face ao grupo de controlo (M=6.86; DP=4.443).

Os gráficos 1, 2, e 3 apresentam a prevalência de sintomatologia psicopatológica, respetivamente através da percentagem de história de transtorno psiquiátrico, de perturbações da qualidade dos padrões do sono, de distúrbios de Ansiedade e de Depressão, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC).

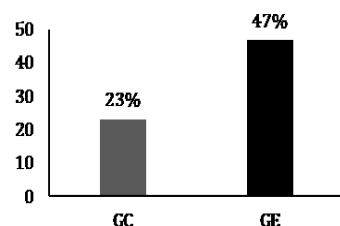


Gráfico 1 – Prevalência de História prévia de transtorno psiquiátrico em GE e em GC

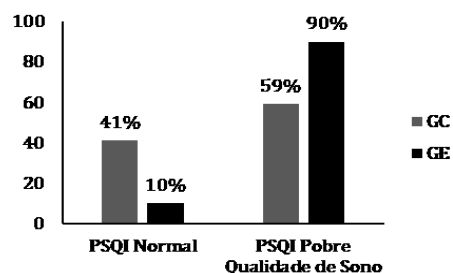


Gráfico 2 – Prevalência de Perturbações da qualidade de sono em GE e em GC

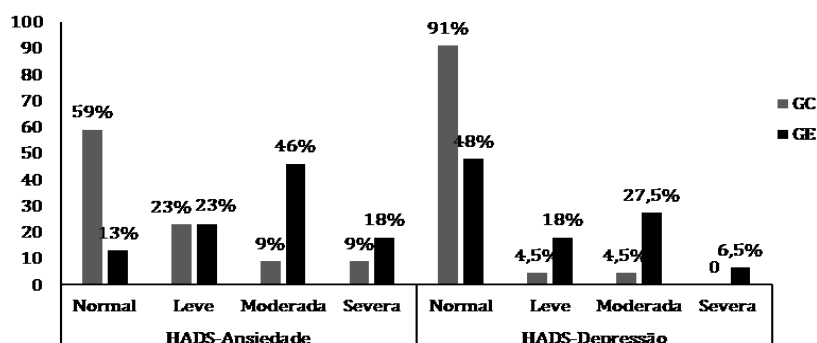


Gráfico 3 – Prevalência de distúrbios de Ansiedade e de Depressão em GE e em GC

A avaliação psicológica realizada aos participantes no estudo, revelou, para todos os índices, uma prevalência superior de sintomatologia psicopatológica, no GE por comparação com GC. Para percebermos se esta diferença de prevalência seria significativa do ponto de vista estatístico, realizámos testes *t de Student* para amostras independentes aos resultados obtidos nas avaliações psicológicas. A tabelas 3 apresenta os resultados dessas análises estatísticas.

Os resultados do teste de Levene obtidos para ansiedade e para perturbações da qualidade de sono validam a hipótese de a assunção da variância ser igual, no que diz respeito aos testes *t de Student* realizados. O mesmo não se verifica no que diz respeito a história prévia psiquiátrica ($p=0,002$) e a depressão ($p=0,029$).

Tabela 3 - Testes de Levene e *t de Student* para amostras independentes aos resultados obtidos nas avaliações psicológicas, nos dois grupos de participantes no estudo (GE e GC)

		Grupo	N	M	DP	F	p	t	p
História prévia psiquiátrica	Experimental	31	1,45	0,506	11,153	0,002**	1,740	0,088	
	Controlo	22	1,23	0,429					
HADS	Ansiedade	Experimental	31	11,32	4,593	0,032	0,858	3,543	0,001**
		Controlo	22	6,86	4,400				
	Depressão	Experimental	31	8,55	5,078	5,032	0,029*	4,259	0,000**
		Controlo	22	3,86	2,883				
PSQI_total		Experimental	31	11,90	5,294	1,613	0,210	3,644	0,001**
		Controlo	22	6,86	4,443				

N: N^o de participantes; M: Média; DP: Desvio Padrão; F: Teste de Levene; p: probabilidade associada; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Os resultados obtidos nos testes *t de Student* mostram que a hipótese de a prevalência das perturbações psicopatológicas ser diferente nos grupos de participantes no estudo (GE e GC) é viável para as diversas áreas avaliadas, à exceção da existência de história de transtorno psiquiátrico.

Discussão

Verificamos que a maioria dos pacientes do nosso estudo, ao início da intervenção psicológica, tinha um distúrbio psicopatológico (Gráficos 1, 2 e 3), numa prevalência significativamente superior à encontrada nos participantes do grupo de controlo (tabela 3). Nomeadamente, no grupo de pacientes com SOD (GE), a prevalência da ansiedade aos níveis moderado e severo foi de 64%, sendo superior à observada no GC (18%); ($M_{GE}=11,32$; $M_{GC}=6,86$). Resultados análogos são observáveis no caso da depressão aos níveis moderado e severo (34%), sendo superior à observada no GC (4,5%); ($M_{GE}=8,55$; $M_{GC}=3,86$). O mesmo sucedeu no caso das Perturbações da qualidade dos padrões do sono. Grande parte do GE apresenta uma pobre qualidade do sono (90%), ao passo que no GC a prevalência é de 59% ($M_{GE}=11,90$; $M_{GC}=6,86$). No que diz respeito à história de transtorno psiquiátrico (47%), os dados não revelaram ser estatisticamente significativos. No entanto a prevalência também foi superior em GE (47%) que em GC (23%). Estes dados, indicadores da alta prevalência de distúrbios emocionais nos pacientes em RPP, reforçam a importância de uma abordagem multiprofissional desta patologia, uma vez que os resultados da RPP são altamente dependentes da motivação do paciente e compromisso com o programa. Tem-se vindo a confirmar a eficácia destas abordagens, que tendem a favorecer a adesão dos doentes (Nogueira, Zanin, & Netinho, 2010; Enders, G., 2015). A dimensão psicossomática dos pacientes em RPP deve ser reconhecida e fazer parte do tratamento, uma vez que as perturbações emocionais afetam uma grande parte destes pacientes, como se demonstrou no nosso estudo.

Agradecimentos

Aos utentes das consultas de Psicologia do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar de xxxx, o seu bem-haja pela colaboração.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses.

Referências

- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Ellis, C. N., & Essani, R. (2012). Treatment of obstructed defecation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 25(01), 024-033.
- Enders, G. (2015). *A vida secreta dos intestinos*. Alfragide: Lua de papel.
- Gershon, M. D. (2012). Serotonin is a sword and a shield of the bowel: serotonin plays offense and defense. *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 123, 268-80.
- Gorzoni, M. L. & Marrochi, L. (2011). Constipação Intestinal e Diarreia. In: Freitas, E. V. et al. (2011) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3ª edição, pp. 691-697). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Grandner, M. A., Kripke, D. F., Yoon, I.-Y., & Youngstedt, S. D. (2006). Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms*, 4(2), 129-139. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2006.00207.x>
- Miliacca, C., Gagliardi, G. & Pescatori, M. (2010). The 'Draw-the-Family Test' in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases and psychological distress: a prospective controlled study. *Colorectal Dis*, 12(8), 792-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01985.x.

- Nogueira, G. S., Zanin, C. R. & Netinho, J. G. (2010). Intervenção Cognitivo-Comportamental em Paciente com Constipação Intestinal: Relato de Caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (1). doi: 10.5935/1808-5687.20100008.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Podzemny, V., Pescatori, L. C., & Pescatori, M. (2015). Management of obstructed defecation. *World Journal of Gastroenterology*, 21(4), 1053. doi:10.3748/wjg.v21.i4.1053
- Qin, H. Y., Cheng, C. W., Tang, X. D. & Bian, Z. X. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 14126-31.
- Soares, A. S. F. & Barbosa, L. R. (2017). Colonic Inertia: approach and treatment. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 37(1), 63-71. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.05.006>
- World Gastroenterology Organisation (2010). Constipação: uma perspectiva mundial Practice Guidelines. Consultado em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-portuguese-2010.pdf>

Anexo XII

Apresentação em PowerPoint do Caso Clínico na Unidade Curricular de Psicologia
Clínica e da Saúde

Estudo de Caso

Elaborado por:
Diana Moreira
Mestrado em Psicologia da saúde e neuropsicológica

Identificação

- ▶ MM é do género feminino;
- ▶ Tem 59 anos;
- ▶ É de nacionalidade portuguesa e está casada.
- ▶ Não tem filhos;
- ▶ Tirou curso superior;
- ▶ Trabalhou durante muitos anos como professora, atualmente encontra-se de baixa.

Motivo da consulta

- ▶ As consultas de psicologia no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) iniciaram-se a 8 de fevereiro.
- ▶ O encaminhamento foi realizado pelo médico do serviço, o médico encaminhou a paciente porque tinha dúvidas se os défices neuropsicológicos da paciente, seriam sequelas de um AVC ou se eram sintomas de uma perturbação psicopatológica.
- ▶ A paciente apresentava sintomatologia depressiva (humor depressivo, abulia, anedonia, lentificação psicomotora), insónia, baixa autoestima, tinha défices ao nível da velocidade de processamento, atenção, memória, fluência verbal e dificuldade de articulação de palavras .

Informação médica relevante

- ▶ MM, refere que teve um AVC em 2017,
- ▶ Tem outras doenças tais como:

hérnia de hiato

doença menière

cefaleia

hipertensão

fibromialgia

dislipdemia

hipotiroidismo

diverticulite aguda

Psicofarmacologia

- ▶ Segundo o processo clínico, MM encontra-se medicada com:

Venlafaxina

Ansilor

Triticum

História do problema

- ▶ A problemática teve início logo nos seus primeiros anos de vida, porque sofria de maus tratos por parte da figura materna, tanto maus tratos físicos como também psicológicos. “A minha mãe chegou a partir-me a cana do nariz”. (sic)
- ▶ Segundo a paciente, esses maus tratos fizeram com ela se tornasse uma mulher emocionalmente frágil, que se deixa “pisar” (sic) pelos outros. Afirma que sofreu de assédio moral por parte da diretora e de alguns professores da escola onde trabalhava e que isso deve-se à sua fragilidade emocional.
- ▶ MM faz também ligação desse assédio moral com o estado psicológico e neuropsicológico em que se encontra, dizendo que neste estado não é capaz de manter qualquer função profissional e até pessoal.

História familiar

- ▶ MM é a primeira filha de uma fratria de seis filhos, era filha de um casal abastado e influente na sua terra natal.
- ▶ O pai já faleceu há mais de 30 anos e a minha mãe está viva e tem 82 anos.
- ▶ A paciente refere que tem muitas saudades do pai, já que este era um exemplo a seguir, era uma pessoa extremamente justa, verdadeira, rigorosa e perfeccionista, no entanto o pai da paciente tinha uma empresa de transportes e raramente estava em casa.

História familiar

- ▶ Quanto à mãe a paciente refere que esta a maltratava, mentia e chantageava o pai ameaçando que se suicidava.
- ▶ Os pais da paciente tinham uma relação conflituosa, MM está sempre a dizer “a verdade não se dá bem com a mentira, por isso os meus pais não se davam bem” (sic).
- ▶ Ao longo das consultas a paciente ia dizendo “A minha mãe é má”, “A minha mãe é mentirosa”, “A minha mãe não gosta de mim”, “A minha mãe dizia que eu não fazia nada de jeito” e “A minha mãe dizia que eu era parecida com o meu pai e por isso era feia ”. (sic)

História familiar

- ▶ Atualmente MM mantém uma relação conflituosa com a mãe, porque a mãe continua a desvalorizá-la.
- ▶ Tem três irmãs e dois irmãos, sendo que um deles já faleceu quando tinha apenas um mês de vida.
- ▶ MM só mantém relação com uma das irmãs que tal como ela também sofreu dos maus tratos por parte da mãe.

História pessoal

- ▶ MM afirma que teve um desenvolvimento psicomotor e cognitivo normal.
- ▶ Na infância a mãe maltratava-a e negligenciava-a, MM acabou por ser criada pela empregada da família. Os maus tratos foram-se intensificando com o nascimento dos seus irmãos.
- ▶ Segundo a paciente como a mãe ameaçava que se ia suicidar, a avó paterna de MM pedia-lhe para que ficasse de vigia para evitar que a mãe não se suicidasse.
- ▶ Desde então a paciente tem insónias e não consegue dormir mesmo com medicação.

História pessoal

- ▶ Com quatro anos MM dizia que queria ir para escola para poder adquirir mais conhecimento.
- ▶ MM refere que desde criança que queria seguir o exemplo do pai, assim sendo sempre foi muito perfeccionista, rigorosa para com os outros e para consigo mesma.
- ▶ Ingressou na escola aos seis anos sendo sempre uma aluna brilhante e muito perfeccionista, “se algum trabalho não estivesse perfeito ela apagava e voltava a fazer de novo”, para além de perfeccionista ela afirma que também era muito tímida e medrosa.

História pessoal

- ▶ Na adolescência foi acompanhada por um psiquiatra que diagnosticou na paciente um quadro ansioso- depressivo.
- ▶ Aos 18 anos saiu da sua cidade natal para ingressar na faculdade, durante esse período teve alguns namoros mas nada de significativo. Acabou o curso aos 23 anos e foi lecionar para uma escola onde trabalhou durante 9 anos.
- ▶ Segundo a paciente aos 28 anos, conheceu o amor da sua vida, esse namoro durou cerca de 7 e 8 anos, na altura o namorado estava a viver nos EUA e ela estava a tirar o mestrado. Eles já tinham o casamento marcado, mas ele foi adiando e mais tarde queria que a paciente vendesse todos os seus e passa-se o dinheiro para a conta dele, e depois que ela viajasse para os EUA. A paciente após refletir sobre o assunto acabou por recusar as ideias do namorado e o casamento foi cancelado.

História pessoal

- ▶ Anos mais tarde conheceu o seu atual marido e tornaram-se amigos, com o tempo começaram a namorar. Aos 40 anos a paciente casou-se. Diz ter uma boa relação com o marido.
- ▶ O marido sempre trabalhou em Lisboa como professor e só se veem de 15 em 15 dias.
- ▶ No entanto a paciente afirma “Ele apesar de ausente, é presente, porque se não fosse ele a ligar-me todos os dias a lembrar-me do que tenho para fazer, não faria nada” (sic)
- ▶ Nunca quis ter filhos porque queria conhecer o mundo, mas sempre quis ter uma menina que fosse parecida com ela, para cuidar dela, algo que a sua mãe não fez.

História pessoal

- ▶ Nos últimos anos, a paciente dedicou-se à sua profissão e aos seus alunos, tinha cerca de 200 alunos do secundário, teve sempre mais trabalho do que podia ter devido à sua condição física.
- ▶ A atual diretora e algumas professoras da escola onde ela trabalhava não gostavam da paciente por ela ser tão competente e por ter sido distinguida para ir às comemorações das descobertas Portuguesas e que isso foi “um grande orgulho” (sic).
- ▶ A diretora dava-lha mais trabalho sem se preocupar com a sua condição física e criticava-a, desvalorizando a sua competência.

Diagnóstico

- ▶ As primeiras consultas foram destinadas para criar empatia e promover a segurança da relação terapêutica.
- ▶ Foi também iniciada a recolha anamnésica daí surgiram hipóteses de diagnóstico perturbação depressiva, hipótese que tem sido levantada desde a adolescência, e uma perturbação stress pós traumático.

Diagnóstico

Perturbação Depressiva Major

- ▶ A paciente preenche os critérios A, B, D e E.
- ▶ Sendo que do critério A preenche:
 - ▶ A1 a paciente tem humor depressivo quase todos os dias em grande parte do dia,
 - ▶ A2 tem perdido o interesse nas atividades,
 - ▶ A4 sofre de insónias todos os dias,
 - ▶ A5 tem lentificação psicomotora todos os dias,
 - ▶ A7 sentimento de inutilidade devido a défices neuropsicológico,
 - ▶ A8 capacidade diminuída de tomar de decisões.

Diagnóstico

Perturbação Depressiva Major

- ▶ Preenche o critério B porque os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida da paciente.
- ▶ Preenche critério D já que a ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicado por uma perturbação esquizoafetiva, de esquizofrenia, delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado a e outro transtorno psicótico não especificado.
- ▶ Preenche o critério E pois nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaniaco. (APA, 2014)

Diagnóstico

Perturbação Depressiva Major

- ▶ No entanto não se pode afirmar que se trata de uma perturbação depressiva major, já que a avaliação dos sintomas de um episódio depressivo major é especialmente difícil quando eles ocorrem em um indivíduo que também apresenta uma condição médica geral.
- ▶ Alguns dos critérios e sintomas de um episódio depressivo major são idênticos aos sinais e sintomas característicos de condições médicas gerais. (APA, 2014)

Diagnóstico

Perturbação de Stress Pós-traumático:

- ▶ Preenche o critério A1 vivenciou diretamente os maus tratos, A2 testemunhou pessoalmente o evento traumático ocorrido com a sua irmã e A4 foi exposta de forma repetida a esses maus tratos.
- ▶ Preenche o critério D2 crenças ou expectativas negativas persistentes a respeito de si mesmo, dos outros, já que afirma que a mãe é a grande responsável por todo o mal que ocorreu na sua vida idealizando o pai de uma forma irrealista. D4 tem estado emocional negativo persistente.

Diagnóstico

Perturbação de Stress Pós-traumático:

- ▶ Preenche o critério E6 já que tem uma perturbação do sono desde infância.
- ▶ Preenche também o critério G pois a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida dela.
- ▶ E também o critério H porque a perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- ▶ Não se pode considerar que seja uma perturbação de stress pós traumático, no entanto verifica-se que essa situação do passado ainda encontra-se muito presente na vida da paciente e portanto, também é um aspeto a intervir.

Proposta de intervenção

Problema	Estratégias e técnicas
Insónia	<ul style="list-style-type: none">• Participação no grupo de sono de psicoeducação do centro hospitalar;• Relaxamento imagético e muscular progressivo.
Falta de memória Lentificação psicomotora	<ul style="list-style-type: none">• Estimulação cognitiva;• Psicoeducação
Situação traumática	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducação (aprender a lidar com a mágoa e ressentimento)• Reestruturação cognitiva, substituindo distorções cognitivas por pensamentos mais realistas.•
Sintomas depressivos	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducação• Estabelecer horários e atividades para semana• Registo de pensamentos automáticos
Autoestima	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducação• Reestruturação cognitiva, substituindo distorções cognitivas por pensamentos mais realistas.

Bibliografia

- ▶ American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa, Climepsi Editores, 4ª edição.

Anexo XIII

Registo de Pensamentos Automáticos (Estudo de caso)

Folha de Registo de pensamentos automáticos

Registo de pensamentos automáticos

Data/hora	situação	Pensamento automático disfuncional	Emoções	Pensamento alternativo	Resultado da situação

Anexo XIV

Folha de Registo de aspetos positivos e negativos na vida (Estudo de caso)

Folha de Registo de aspetos positivos e negativos na vida

Aspetos negativos na sua vida	Aspetos positivos na sua vida