



Relatório de Estágio

Maria Valentina Machado Veiga

Parte I

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

Gandra, janeiro de 2020



Maria Valentina Machado Veiga

Código de Aluno: 22497

Relatório de Estágio

Relatório de estágio curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Supervisora: Prof^ª. Dra. Maria Emília Areias

Gandra, janeiro de 2020

Declaração de Integridade

Maria Valentina Machado Veiga, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter agido com total integridade na conceção deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados nem 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).

Declaro ainda que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores inerentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Aos meus **pais e padrinhos**, por todo o amor, carinho, apoio e confiança que depositaram em mim dia após dia. Pelos valores transmitidos, por serem o meu maior amparo e por me tornaram na pessoa que sou hoje. Obrigada por acreditarem em mim e por me terem dado esta oportunidade.

Ao **Jorge**, por ser o meu grande suporte e me apoiar em todas as etapas. Obrigada pela paciência, compreensão, dedicação, atenção e carinho.

À minha **orientadora de estágio**, pelo privilégio de conhecer alguém tão especial, por toda a ajuda, aprendizagem, conselhos, apoio e partilha de saberes, que me ajudaram a crescer profissionalmente e pessoalmente.

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

Agradeço a todo o **corpo docente**, que me acompanhou ao longo destes cinco anos de formação. Por todas as aprendizagens e disponibilidade que me proporcionaram.

A todos os **profissionais** do Centro Hospitalar, pela excelente receção e carinho demonstrado ao longo do meu percurso no hospital.

Um agradecimento especial aos meus **amigos**, pelo carinho, amizade, motivação, apoio em todas as horas e por me terem mostrado o verdadeiro valor da amizade.

A Todos,

O meu mais sincero agradecimento!

Siglas

APA – *American Psychiatric Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BSI – *Brief Symptom Inventory*

CH – Centro Hospitalar

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

DRS-2 – Escala de Avaliação da Demência

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IFSF – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

IIFE – Índice Internacional de Função Erétil

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

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

MOCA – *Montreal Cognitive Assessment*

MOS-SF-36 – Questionário do Estado de Saúde

PSQI – *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*)

SMFR – Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

STAI – Inventário de Ansiedade Estado/Traço

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TMT – *Trail Making Test*

UPCHD – Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

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

Abreviaturas

et al. – Entre outros

p. – Página

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo I	2
1. Caracterização do Local de Estágio	2
1.1. Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.....	3
1.2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental.....	4
2. Papel do/a Psicólogo/a em Contexto Hospitalar	5
3. Descrição das Atividades Desenvolvidas	6
3.1. Observação de Consultas.....	6
3.2. Avaliação Psicológica.....	7
3.3. Consultas Externas de Psicologia.....	8
3.4. Participação em Grupos Terapêuticos.....	10
3.4.1. Intervenção no Grupo dos “Cardíacos”.....	10
3.4.2. Intervenção no Grupo da “Ansiedade”.....	10
3.5. Consultas de Crise.....	11
4. Outras Atividades Realizadas no Estágio	13
4.1. Participação em Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia.....	13
4.2. Reuniões Científicas.....	13
4.3. Reuniões de Investigações/Estudos.....	14
4.4. Reuniões de Supervisão de Estágio.....	14
Capítulo II	15
1. Caso Clínico A	15

1.1. Dados de Identificação.....	15
1.2. Motivo e Pedido de Consulta / Queixas principais.....	15
1.3. Informação Médica Relevante e Psicofarmacologia.....	16
1.4. História do Problema.....	16
1.5. Genograma.....	18
1.6. História Familiar.....	19
1.7. História Pessoal.....	20
1.8. Processo de Observação.....	23
1.9. Avaliação Psicológica.....	24
1.10. Proposta de Intervenção.....	26
1.11. Processo de Intervenção.....	28
1.12. Reflexão do Caso Clínico.....	34
Reflexão Final.....	36
Referências Bibliográficas.....	37

Índice de Tabelas

Tabela 1. Descrição dos Casos acompanhados ao longo do estágio curricular.....9

Tabela 2. Estratégias e Técnicas propostas na Intervenção Psicoterapêutica de A.....27

Índice de Figuras

Figura 1. Genograma Familiar de A.....18

Figura 2. Legenda do Genograma Familiar de A.....18

Introdução

O atual relatório de estágio tem como principal objetivo descrever a experiência e percurso, como estagiária de Psicologia, do segundo ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), no ano letivo 2018/2019.

Este relatório pretende descrever as atividades e vivências decorridas ao longo do percurso de estágio, dada a vasta experiência e diferentes atividades integradas. Evidencia-se a dificuldade em descrever minuciosamente todo o percurso, apresentando desta forma as situações mais relevantes, do ponto de vista da estagiária.

O estágio curricular realizou-se no Centro Hospitalar (CH), no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM), sob orientação de uma psicóloga clínica. A supervisão do estágio ficou a cargo da Professora Dra. Maria Emília Areias, docente do IUCS e coordenadora do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Este percurso teve início a 2 de outubro de 2018 e término a 30 de julho de 2019, ou seja, uma duração média de dez meses e uma assiduidade de dois a três dias por semana. O horário semanal foi dividido pelas consultas externas do SMFR e da CPSM, as consultas de crise (*life events*), as reuniões na Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD), a intervenção psicoeducativa junto de dois grupos e a participação em reuniões de caráter científico.

O relatório foi estruturado em dois capítulos, sendo que o primeiro contém o enquadramento e descrição do local de estágio, o papel do psicólogo/a em contexto hospitalar e a descrição das atividades desenvolvidas e integradas, tais como apresentações realizadas nos diversos grupos como também investigações a que a estagiária pertenceu. O segundo capítulo tem por base uma componente mais prática, onde é exposto de forma detalhada um dos casos clínicos acompanhados pela estagiária. Por fim, é realizada uma reflexão sobre o estágio, que incide sobre as experiências e aprendizagens desenvolvidas.

Capítulo I

1. Caracterização do Local de Estágio

O CH é considerado um dos maiores e mais conceituados hospitais portugueses. Esta instituição presta assistência direta a freguesias e concelhos vizinhos e é uma referência para o distrito onde se encontra inserido (Informação retirada do portal oficial do CH, 2019).

Foi criado a 31 de julho de 1943, no entanto o projeto sofreu um atraso na sua construção, devido à II Guerra Mundial, tendo sido oficialmente inaugurado a 24 de junho de 1959 pelo Chefe de Estado, Almirante Américo Tomás. Deste modo, só em 1960 o edifício acolheu as instalações da Faculdade de Medicina, preconizando assim uma conceção de proximidade entre o estudante e a vida hospitalar. O CH procura prestar cuidados de saúde diferenciados com qualidade e eficiência. Além disso, tem como missão manter os profissionais e futuros profissionais de saúde em permanente atualização, a partir da aprendizagem e investigação, atribuindo relevância ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Em 2015 foi distinguido, pela 8ª vez em 11 avaliações sobre o desempenho dos estabelecimentos de saúde públicos, nas doenças cardíacas, neurológicas, vasculares, infecciosas e digestivas, *ranking* efetuado pela Escola Nacional de Saúde Pública (Paulo, 2015).

O edifício hospitalar mais antigo ocupa 120.000 m² distribuídos por 11 pisos, 2 dos quais abaixo do nível do solo. O CH dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1.105 camas distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços (Informação retirada do portal oficial do CH, 2019). Dispõe de vários serviços, inúmeras especialidades médicas e cirúrgicas. Conta ainda com 34 salas de bloco operatório, 5 salas no bloco de partos, 233 gabinetes de consulta externa e 146 camas/cadeirões de hospital de dia.

O serviço de urgência do CH é diferenciado em pediátrico e de adultos, e de ginecologia e obstetrícia. Contudo, existem algumas especialidades onde os serviços são comuns, como é o caso da estomatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia.

Os Serviços Clínicos do CH estão agrupados em 8 Unidades de Produção Clínica: Cirurgia, Medicina, Urgência e Medicina Intensiva, Mulher, Psiquiatria e Saúde Mental, Centro de Imagiologia, Centro de Medicina Laboratorial e Centro Pediátrico.

Existem áreas de apoio à produção clínica, como é o caso do Centro de Epidemiologia Hospitalar e o Centro de Ambulatório, que engloba, entre outros serviços, as consultas externas e os hospitais de dia.

As consultas externas de Psicologia, assim como a Psicologia de apoio a internamento ocorrem de forma geral nos centros ambulatoriais, no âmbito das consultas externas e dos hospitais de dia. No CH trabalham vários profissionais da área da Psicologia, existindo uma psicóloga coordenadora. Foi criada uma Unidade Autónoma de Gestão de Psicologia, resultado de uma negociação recente entre a administração do CH e a Ordem dos Psicólogos Portugueses.

1.1. Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

O SMFR iniciou com consultas de Fisioterapia em maio de 1961. Situa-se no piso 1 do edifício hospitalar mais antigo e integra atualmente a Área de Produção Clínica de Medicina. Recentemente sofreu obras de remodelação, inclusive a construção de um ginásio, apresentando excelentes condições. Dispõe de 14 camas de internamento desde a criação, há 6 anos, da área de internamento do SMFR no CH.

Este serviço além do internamento apresenta consulta interna e externa, consultas de grupo e programas de tratamento de reabilitação (Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Atividades de Vida Diária, Reabilitação Cardíaca e Recondicionamento ao Esforço). Tem como principal objetivo, manter a qualidade de vida das populações com foco na capacidade funcional do doente e nas possíveis estratégias a implementar para a redução da incapacidade no desempenho de tarefas do dia a dia. O SMFR concebe a reabilitação como um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de incapacidade.

Por norma, os pedidos de intervenção psicológica e psicoterapia provêm do médico fisiatra, no entanto também podem advir de um médico cardiologista, urologista ou ortopedista. As solicitações de intervenção psicoeducativa junto de grupos provêm geralmente do médico fisiatra associado ou à reabilitação do pavimento pélvico ou à reabilitação cardíaca.

1.2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

A CPSM oferece assistência no contexto hospitalar (internamento de agudos e ambulatório), na Medicina Geral e Familiar (consultoria), na intervenção em crise (contexto comunitário) e na reabilitação (acompanhamento psiquiátrico do doente crónico). Acolhe ainda do ponto de vista psiquiátrico e psicológico, o modelo de Psiquiatria de Ligação englobando a Psicologia da Saúde, os doentes em tratamento (consulta ou internamento) no CH, independentemente da área de residência. A consulta externa do Serviço de Psiquiatria começou a 7 de janeiro de 1963 (Informação retirada do portal oficial do CH, 2019).

O serviço da CPSM abrange alguns serviços tais como: Gabinete de Psicologia, Unidade de Psiquiatria Comunitária, Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, Unidade do Jovem e da Família, Gabinete de Terapia Ocupacional, Gabinete de Serviço Social e Unidade de Psiquiatria Forense.

Na CPSM os pedidos de intervenção psicológica e psicoterapia provêm normalmente do médico de Medicina Geral e Familiar. Os pedidos de intervenção na consulta de crise vêm geralmente por parte do médico que interveio no caso em contexto de urgência (habitualmente por um psiquiatra) ou do médico de Medicina Geral e Familiar. As solicitações de intervenção psicoeducativa junto de grupos podem provir do médico psiquiatra e/ou por parte de outros psicólogos do CH.

2. Papel do/a Psicólogo/a em Contexto Hospitalar

A Psicologia da Saúde acarreta conhecimentos e técnicas psicológicas na área da saúde, dos cuidados de saúde e da doença, defende que o indivíduo deve ser visto como um sistema complexo, onde a doença é causada por múltiplos fatores e não apenas por uma única causa (fatores psicológicos, biológicos e sociais) (Ogden, 2012).

A prática clínica concentra-se no estudo psicológico dos indivíduos e elaboração do psicodiagnóstico, ou seja na recolha de informação acerca do funcionamento cognitivo e estado emocional do indivíduo, no aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo, na intervenção psicológica e na psicoterapia (Ferreira, 2015). O trabalho do Psicólogo Hospitalar visa o restabelecimento do estado de saúde do doente, ou o controle dos sintomas que prejudicam o seu bem-estar (Castro & Bornholdt, 2004).

A sua inserção em contexto hospitalar, e conseqüente inclusão numa equipa multidisciplinar de profissionais de saúde permite uma prestação de cuidados mais pormenorizada ao paciente e aos seus familiares. Sendo assim, tem-se como principais objetivos ajudar a pessoa ou grupo, melhorar o seu bem estar, traçar metas e objetivos a atingir em conjunto, desde a diminuição dos fatores de risco, *stress* e ansiedade, alterações ao nível do comportamento e estilo de vida, ganho de estratégias de *coping*, resolução de problemas e promoção da qualidade de vida e autonomia.

O psicólogo auxilia então na gestão e na modificação de comportamentos, fomenta estratégias para lidar com emoções e pensamentos disfuncionais, atua no sentido da prevenção de situações de risco e promove a saúde mental.

Deste modo, o psicólogo do CH, no SMFR e CPSM, é direcionado para as avaliações psicológicas, acompanhamento psicoterapêutico e aconselhamento psicoeducativo de grupo. A equipa multidisciplinar, direcionada para o bem estar do paciente, permite a interajuda entre profissionais de saúde no processo de diagnóstico e intervenção.

3. Descrição das Atividades Desenvolvidas

De acordo com o plano de estágio curricular¹, este teve uma duração de dez meses, iniciou a 02 de outubro de 2018 e terminou a 30 de julho de 2019. O estágio foi dividido em dois serviços, o SMFR e na CPSM.

O horário realizado pela estagiária era às terças feiras das 9h-19h, às quartas feiras das 9h-16h e às sextas feiras das 9h-11:30h, sendo intercalado com outra estagiária às sextas feiras. Às terças feiras das 9h até às 13:30h o estágio era realizado no SMFR e das 14:30h até às 19h era realizado na CPSM. Às quartas-feiras das 9h até às 13h eram realizadas reuniões, a reunião do Hospital de Dia e a reunião científica. Às sextas-feiras das 9h até as 11:30h ocorriam as consultas de crise.

Nos primeiros três meses do estágio curricular a estagiária realizou a observação de consultas de Psicologia. Após estes três meses começou a realizar avaliações psicométricas e consultas de Psicologia.

3.1. Observação de Consultas

A observação das consultas de Psicologia começou com o início do estágio, em outubro de 2018, no horário já mencionado. As consultas foram efetuadas pela orientadora de estágio no SMFR e na CPSM e, foi possível observar entrevistas clínicas, avaliações psicológicas e acompanhamento psicoterapêutico.

Sempre que existia oportunidade, no início ou término de cada sessão, quando se tratavam de casos que já eram seguidos pela orientadora era realizado um enquadramento com a história e problemática do paciente.

As perturbações encontradas mais frequentemente eram de personalidade, ajustamento, depressão, ansiedade, fobias, luto, amputações, incontinência urinária, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Traumatismo Crânio Encefálico (TCE).

A fase de observação terminou com o cessar do estágio em julho de 2019.

¹ Anexo A – Plano de Estágio Curricular

A observação é crucial no processo de formação e aprendizagem de um profissional de saúde uma vez que permite o desenvolvimento de competências e metodologias. A observação permitiu a familiarização com atitudes, comportamentos, procedimentos, estratégias e instrumentos mais utilizados neste contexto de estágio, no âmbito da consulta psicológica, do acompanhamento psicoterapêutico, da intervenção psicoeducativa junto de grupos e da colaboração em investigações.

A tarefa de observação foi muito importante para a vivência e experiência da prática clínica e de aprendizagem, bem como para o crescimento da estagiária de forma a promover uma base de segurança e confiança para a posterior fase de intervenção.

3.2. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica é um processo geralmente complexo que tem como objetivo produzir hipóteses ou diagnósticos sobre uma pessoa ou um grupo. Permite obter informações sobre o estado psíquico do indivíduo em situações que envolvem problemas e questões específicas, com vista a orientar intervenções e decisões futuras (Primi, 2010).

Esta avaliação recorre a exames e testes psicológicos com o objetivo de obter informações contextualizadas do indivíduo que, juntamente com outras técnicas como observação e entrevistas psicológicas, são meios auxiliares de todo o processo (Noronha, 2009).

Numa fase inicial do estágio, as atividades de avaliação consistiam na familiarização e na administração de instrumentos específicos a grupos de pacientes que iriam integrar (avaliação inicial) ou teriam participado numa intervenção psicoeducativa em grupo (avaliação final). A esses pacientes eram utilizados protocolos que incluíam, testes psicológicos, mas também a entrevista e a recolha de informação sociodemográfica.

Na CPSM, o grupo integrava pacientes com perturbações de ansiedade e os testes para avaliação psicológica utilizados eram: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), *Brief Symptom Inventory* (BSI) e Questionário do Estado de Saúde (MOS-SF-36).

No SMFR, o grupo integrava pacientes em reabilitação cardíaca e os testes para avaliação psicológica utilizados eram: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS); Índice Internacional de Função Erétil (IIEF); Índice de

Funcionamento Sexual Feminino (FSFI); Escala de Depressão de *Beck* (BDI-II); Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI); *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA).

A avaliação psicológica² realizada em contexto de consulta, iniciou-se numa fase mais avançada do estágio, tendo início a janeiro de 2019. Esta é composta por várias etapas: recolha de informação do paciente, aplicação do(s) instrumento(s) de avaliação, cotação e interpretação dos resultados obtidos e elaboração do relatório de exame psicológico. Os testes usados pela estagiária para realizar as avaliações dependiam do pedido de avaliação. Normalmente, este pedido é efetuado por médicos Psiquiatras para ajudar na elaboração do diagnóstico do paciente e delinear uma intervenção adequada ao caso.

Foram utilizados diversos instrumentos para a avaliação na CPSM: Escala de Inteligência de *Wechsler* para Adultos (WAIS-III), *Trail Making Test* (TMT), *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA), *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III), Inventário Multifásico de Personalidade de *Minnesota* - 2 (MMPI-2), Escala de Avaliação da Demência - 2 (DRS-2) e *Frontal Assessment Battery* (FAB).

3.3. Consultas Externas de Psicologia

As consultas de Psicologia tiveram início a 2019 no SMFR e na CPSM, de forma autónoma. Foram vários os motivos de encaminhamento. Na tabela seguinte estão apresentados casos acompanhados pela estagiária ao longo do estágio curricular. É importante realçar que todos os dados apresentados relativos aos casos clínicos foram modificados de forma a salvaguardar os direitos à confidencialidade dos pacientes.

Em todas as intervenções efetuadas foram cumpridos os princípios gerais expressos no código deontológico dos psicólogos portugueses: respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade e beneficência e não-maleficência (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2016).

Dos casos seguidos ao longo do estágio, foi escolhido um para ser descrito detalhadamente.

² Anexo B – Avaliações Psicológicas

NOME	SEXO	IDADE	MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO	REFERENCIAÇÃO	DIAGNÓSTICO / AVALIAÇÃO
AS	Masculino	69 anos	AVC	SMFR	Adaptação e reeducação face ao AVC
AP	Feminino	44 anos	Sintomatologia ansiosa e depressiva Baixa autoestima	CPSM, referenciada para consulta de crise	Perturbação de Ansiedade Generalizada
PT	Masculino	36 anos	Ansiedade face ao local de trabalho Crise vivencial	CPSM, referenciado para consulta de crise	Ansiedade
IA	Feminino	44 anos	Ansiedade face a problemáticas vivenciais	CPSM	Ansiedade
CS	Feminino	45 anos	Depressão reativa devido a doença oftalmológica	CPSM	Depressão Reativa
AC	Masculino	73 anos	AVC Adaptação ao lar	CPSM	Adaptação ao lar e reeducação face ao AVC

Tabela 1 – Descrição dos casos acompanhados ao longo do estágio curricular

3.4. Participação em Grupos Terapêuticos

3.4.1. Intervenção no Grupo dos “Cardíacos”

As sessões de Grupo dos “Cardíacos” foram realizadas no SMFR, às terças feiras das 11:30h até às 12:30h e com assiduidade semanal. Este grupo foi restrito a pacientes com EAM e em processo de reabilitação cardíaca. Durante o período de estágio foram acompanhados três grupos, maioritariamente constituídos por indivíduos do sexo masculino.

Este grupo teve como objetivo fornecer estratégias que permitam prevenir um novo EAM e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (prevenção secundária). Ao longo das sessões³ foram abordados vários temas como: ansiedade, importância da medicação, sono, sexualidade, alimentação, assertividade, como lidar com o *stress*, perdão, gratidão, inveja, respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo de *Jacobson* e relaxamento imagético.

A orientadora do estágio era a psicóloga do serviço e a principal responsável pelo desenvolvimento das sessões com escolha dos temas apresentados sendo que, em algumas sessões, outros técnicos (ex.: nutricionistas) foram convidados a participar. Neste contexto, foi solicitado à estagiária que realizasse uma apresentação com a temática "Como lidar com o *stress*"⁴.

3.4.2. Intervenção no Grupo da “Ansiedade”

As sessões do grupo de ansiedade realizavam-se na CPSM, às quartas feiras das 14h até às 15:30h e com periodicidade semanal. Iniciou-se a janeiro de 2019 e terminou a julho de 2019.

O grupo era constituído apenas por pacientes do sexo feminino e com Perturbação de Ansiedade Generalizada.

³ Anexo C1 - Plano de Sessões do Grupo de Cardíacos

⁴ Anexo D21 – Apresentação “Como lidar com o *stress*”

As sessões do grupo^{5, 6} tinham como temáticas: apresentação e avaliação das expectativas; ansiedade e respiração diafragmática; relaxamento muscular; relaxamento imagético; atribuições; relacionamento interpessoal; assertividade; treino de resolução de problemas; saber dizer não; como lidar com o *stress*; higiene do sono; equilíbrio ocupacional; cognições; emoções; autoestima; autoeficácia e motivação; memória; depressão; perdão; *mindfulness*; revisão do progresso e finalização.

A orientadora do estágio era a psicóloga do serviço e a principal responsável pelo grupo, no entanto a maioria das sessões⁷ foram realizadas pelas estagiárias com a sua supervisão. Numa das sessões outro técnico (ex.: terapeuta ocupacional) foi convidado a participar.

No fim de cada sessão realizava-se uma atividade prática⁸ e entregava-se um panfleto informativo sobre a temática abordada na sessão, realizados pelas estagiárias⁹.

3.5. Consultas de Crise

As consultas de crise (*life events*), ocorriam à sexta feira, das 9h às 11:30h, em que cada estagiária colaborou quinzenalmente. O encaminhamento de pacientes para estas consultas era feito a partir do médico de Medicina Geral e Familiar, pelo serviço de urgência ou de outras instituições.

Aplicavam-se estas consultas a pacientes que não tivessem antecedentes psiquiátricos mas que, por algum acontecimento de vida, existisse uma alteração ou rutura no seu quotidiano (ex.: morte de um ente querido, problemas no trabalho, problemas relacionais).

Estas consultas eram direcionadas para uma psicoterapia breve e para a problemática em questão. No entanto, se esta intervenção não se mostrasse eficiente,

⁵ Anexo D1 – Plano de Sessões do Grupo de Ansiedade

⁶ Anexo D2 – Resumo das Sessões do Grupo de Ansiedade

⁷ Anexo D3, D5, D7, D9, D11, D13, D16, D19, D21, D24, D26, D28, D30, D32, D35, D37, D39, D41 – Sessões detalhadas do Grupo de Ansiedade

⁸ Anexo D15, D18, D23, D34 – Atividades Práticas detalhadas do Grupo de Ansiedade

⁹ Anexo D4, D6, D8, D10, D12, D14, D17, D20, D22, D25, D27, D29, D31, D33, D36, D38, D40, D42 – Panfletos Informativos detalhados do Grupo de Ansiedade

referenciava-se para a consulta externa com uma intervenção psicoterapêutica mais estruturada.

As consultas de Psicologia são realizadas com o apoio da Psiquiatria. O médico psiquiatra decidia acerca da necessidade de uma intervenção farmacológica complementar.

4. Outras Atividades Realizadas no Estágio

4.1. Participação em Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia

Reuniões com periodicidade semanal, às quartas feiras das 9:30h às 11h, na CPSM. Desde janeiro de 2019, as reuniões de todas as segundas quartas feiras de cada mês decorriam no outro Pólo do hospital.

As reuniões eram regidas pelo coordenador do serviço e eram constituídas por uma equipa multidisciplinar com profissionais de saúde de várias áreas como: enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e psiquiatria.

O objetivo principal era a discussão de diversos casos do Hospital de Dia e Internamento, abordaram-se vários temas: propostas de altas programadas, apresentação e debate de novos casos clínicos, com o intuito de confirmar diagnóstico e propor intervenção terapêutica e farmacológica. Também permitiam a exposição de grupos e unidades nos quais os profissionais de saúde estavam envolvidos, de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados aos doentes.

4.2. Reuniões Científicas

Estas reuniões decorriam semanalmente, às quartas feiras das 12h às 13h. Estavam presentes todos os profissionais dos diversos serviços, sendo que eram várias as temáticas abordadas, desde casos clínicos, investigações desenvolvidas no CH e formações¹⁰. O principal objetivo era a atualização científica de todos os profissionais.

Estas apresentações eram realizadas por profissionais de saúde e internos de Psiquiatria. No fim de cada apresentação havia tempo para a exposição de dúvidas e discussão sobre a temática apresentada.

¹⁰ Anexo E – Tabela de Reuniões Científicas

4.3. Reuniões de Investigações/Estudos

Estas reuniões tiveram o objetivo de atualizar os dados e debater ideias acerca das diversas apresentações que desenvolvemos ao longo do estágio, referentes a diversos pedidos recebidos.

Várias foram as temáticas das apresentações e folhetos¹¹ efetuados pela estagiária, pela sua colega de estágio e pela sua orientadora, sendo elas: “A mulher na Saúde Mental e Estratégias de *Coping*”, apresentada no Simpósio “A mulher e a família. Como transformar derrotas em vitórias?” pela orientadora de estágio; “Estratégias de *Coping* em Amputados”, apresentada nas Jornadas do IUCS pelas estagiárias; “O que é a Ansiedade?” e “Comunicação de Más Notícias”, apresentadas no SMFR a profissionais de saúde pela orientadora de estágio; “*Coping* no Amputado”, apresentada pela orientadora de estágio, no Curso Teórico-Prático de Amputados desenvolvido pelo CH; e “Intervenção não farmacológica na Insónia”, a apresentar na USF Faria Guimarães a profissionais de saúde pela orientadora de estágio do hospital.

4.4. Reuniões de Supervisão de Estágio

As reuniões de supervisão de estágio tiveram início a novembro de 2018 e terminaram a julho de 2019. Decorriam às segundas feiras no IUCS e a sua duração variava consoante as necessidades existentes, no entanto, começavam às 14:30h perante orientação da Prof. Dra. Maria Emília Areias e na presença de mais três estagiários do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Estas reuniões tiveram como objetivo a abordagem das diferentes atividades de cada estagiário do seu local de estágio e em seguida eram apresentados alguns casos clínicos, hipóteses de diagnóstico, propostas de intervenção e dúvidas. A partilha de experiência, permitiu uma aprendizagem recíproca.

¹¹ Anexo F – Atividades realizadas durante o Estágio Curricular

Capítulo II

1. Caso Clínico A.

1.1. Dados de Identificação

A. é do sexo feminino, tem 44 anos de idade e tem o 9º ano de escolaridade. É natural do distrito do Porto. Atualmente, encontra-se a trabalhar numa fábrica de componente de automóveis, sendo que quando iniciou as consultas estava de baixa médica. É casada e vive com a filha e o marido, num apartamento no distrito do Porto.

1.2. Motivo e Pedido de Consulta / Queixas principais

As consultas de Psicologia tiveram início no final de 2018. O encaminhamento para a consulta de Psicologia foi feito por parte do(a) médico(a) de Medicina Geral e Familiar e tinha por base um Síndrome Depressivo reativo a situações vivenciais, choro fácil, problemática laboral e familiar que, por sua vez, culminaram em episódio de ansiedade agudo com verbalização de ideação suicida (contudo, pela filha, refere ser incapaz de cometer algum ato).

O pedido tinha como objetivo o acompanhamento psicológico para diminuição da sintomatologia ansiosa uma vez que a paciente apresentava várias queixas como dificuldade em dormir, ansiedade, baixa autoestima, labilidade emocional, irritabilidade, choro fácil e depressão.

1.3. Informação Médica Relevante e Psicofarmacologia

A. refere não ter doenças significativas e nega antecedentes médico-cirúrgicos e não apresenta antecedentes de seguimento por Psiquiatria e/ou Psicologia.

Segundo o processo clínico, A. está medicada com um antidepressivo e com um comprimido para alívio sintomático da ansiedade. Não salienta nenhuma reação adversa à medicação.

1.4. História do Problema

A problemática teve início em 2011, altura em que A. foi trabalhar para a fábrica de componente de automóveis, local onde trabalha atualmente. A. menciona que sempre foi uma pessoa ansiosa mas a sintomatologia começou a agravar desde que trabalha nesta fábrica, *“Eu sempre gostei de trabalhar e de ser profissional naquilo que faço, mas aqui nunca fui tratada com respeito, nunca fui valorizada e os meus superiores falam para nós sempre com sete pedras na mão, não há a parte humana, não querem saber do trabalhador, nem do cliente, apenas do lucro da empresa”* (sic).

Durante os dois primeiros anos em que lá trabalhou refere que ia tolerando algumas coisas, *“Engolia os sapos”* (sic), mas após passar a efetiva na empresa as coisas mudaram, *“Se eu não concordasse com alguma coisa falava e se tivesse que dizer que não a algum pedido dizia”* (sic). No entanto, vários fatores foram contribuindo e acentuando o aumento da angústia, ansiedade, tristeza, humor deprimido, irritabilidade (ruídos externos, exemplo: barulho das máquinas da fábrica), labilidade emocional, globus faríngeo, aperto no peito *“sufoco”* (sic), *“Quando ouvia algum superior a falar mal e a reclamar com um colega não tendo razão”* (sic), *“Quando ouvia algum comentário menos feliz da minha superior”* (sic) e *“Quando iam falar connosco para irmos trabalhar ao sábado mas de forma abusiva queriam obrigar-nos a ir e falavam de forma autoritária”* (sic).

No final de 2018, foi quando A. chegou ao seu limite devido à crise vivencial no trabalho e a problemas situacionais que foram surgindo, *“Foi a gota de água, atingi o meu máximo”* (sic). Vivenciou um conflito com o patrão na semana em que ficou de baixa

médica, *“Eu e o meu patrão entramos em conflito, relativamente a uma situação que discordamos. Eu fui para o posto de uma colega que estava doente (substituir) e o meu patrão pediu-me para enviar uns materiais para um cliente, mas a encomenda tinha defeito e ele sabia disso e queria que eu enviasse na mesma, discutimos e eu comecei a sentir-me mal, queria respirar e parecia que tinha uma bola na garganta que me sufocava. Fui à enfermagem da empresa e foi lá que me aconselharam a ir à médica de família”* (sic).

Nessa mesma semana, o marido de A. teve um problema na empresa de transportes onde trabalhava, *“O meu marido e um colega foram acusados de roubar uma varinha mágica num dos hipermercados para o qual trabalhavam e vieram durante algum tempo para casa, até se esclarecerem as coisas... mas eu não percebo como é que o patrão pode duvidar deles, além do mais nesses espaços eles têm câmaras de videovigilância, acho que eles não mereciam essa acusação e claro que eu fiquei triste e chateada por ele”* (sic).

Refere que atualmente se irrita facilmente, que está hipersensível a qualquer ruído, ansiedade marcada, por vezes custa-lhe respirar porque sente uma bola na garganta, episódios de *binge eating* (neste momento apenas episódios de ingestão e muito raramente), baixa autoestima, choro fácil, labilidade emocional e humor depressivo.

Reporta episódio de automutilação na sequência destes conflitos (cortes superficiais nos antebraços) em contexto de regulação emocional, de forma impulsiva, com arrependimento posterior, *“tenho consciência de que este comportamento, não me ajudou em nada, depois ainda senti ardor, desconforto, vergonha e arrependimento”* (sic). Nega ideação suicida. Conta que não é a primeira vez que tem pensamentos autolesivos, mas quando pensa na filha não concretiza.

1.5. Genograma

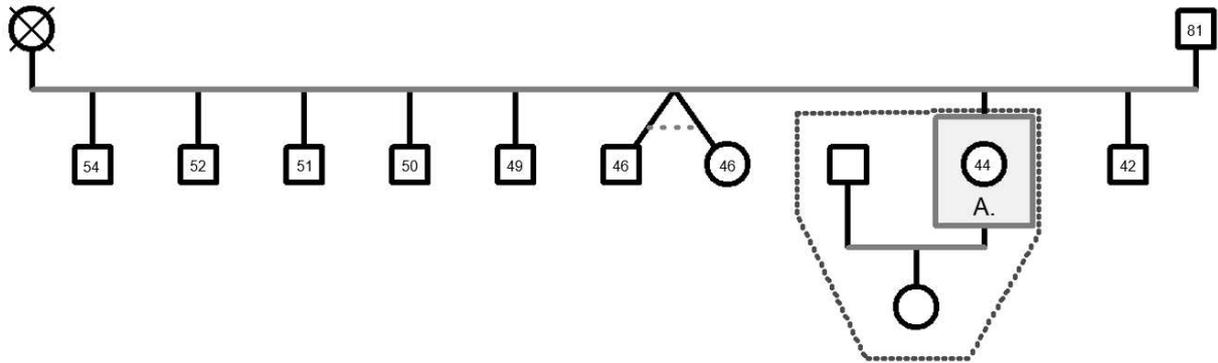


Figura 1 – Genograma Familiar de A.

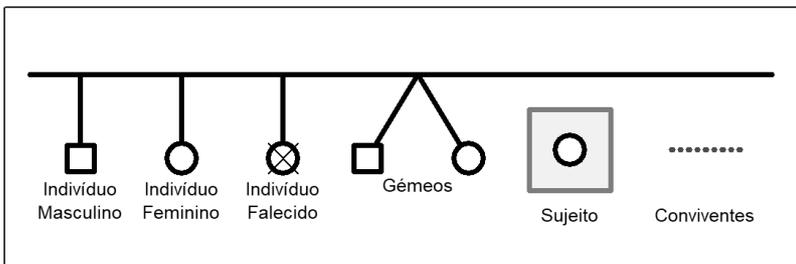


Figura 2 – Legenda do Genograma Familiar de A.

1.6. História Familiar

A. é a oitava filha de uma fratria de 9 filhos de uma relação conjugal que durou até ao falecimento da sua mãe, em 1997.

A sua mãe tinha a 4ª classe de escolaridade e trabalhou como operária numa fábrica de tecelagem. Após o nascimento dos irmãos gémeos, dedicou-se em exclusivo à vida doméstica, tomando conta dos filhos e da casa. Por sua vez, o pai não possui nenhum nível de ensino, sendo analfabeto e tendo trabalhado na construção civil. Antes do nascimento de A., esteve cinco anos a trabalhar em França, visitando a família de forma regular.

Atualmente, o seu pai tem 81 anos. A. descreve-o como sendo uma pessoa fria, distante e rígida durante toda a sua infância, *“sempre foi muito trabalhador, mas nunca me soube dar amor e carinho”* (sic). No entanto, compreendia o comportamento do seu pai referindo que *“naquele tempo as coisas eram muito diferentes de agora, eu e os meus irmãos tínhamos o que comer, porque o meu pai trabalhava muito para nos pôr comida na mesa, mas não havia fartura”* (sic). Também era uma pessoa muito impulsiva, pouco tolerante e inflexível, *“chegou a bater-me duas vezes: uma deu-me com um martelo na perna, porque eu andava a fazer barulho com uns sapatos de tacão da minha mãe e a segunda vez deu-me um estalo que me rebentou o nariz, porque fui dizer à minha mãe que ele tinha dado um medicamento ao meu irmão, e ele não sabia ler”* (sic). A relação foi melhorando ao longo dos anos *“nem sempre nos demos muito bem, mas agora temos uma boa relação”* (sic), visitando-o com regularidade. Há cerca de 8 anos atrás o pai teve um acidente de mota, *“ficou afetado do cérebro, mas não sei que área e teve que retirar uma parte da traqueia”* (sic).

A sua mãe faleceu em 1997 aos 55 anos com cancro do colo do útero. Era uma pessoa *“muito preocupada com o marido, submissa às suas vontades e com responsabilidade na educação e crescimento dos filhos”* (sic), demonstrando um grande carinho pela mãe *“eu gostava muito dela”* (sic), referiu que, quando se descobriu o cancro da mãe, já estava num estado muito avançado (grau 4), *“foram dois anos de cuidados e sofrimento, eu dava-lhe de comer, tratava da sua higiene, ia com ela para consultas e exames médicos e dormi com ela aqueles dois anos”* (sic). O meu pai não ajudava em nada e ainda dizia à mãe *“cheiras mal, não te quero à minha beira, vai-te lavar”* (sic),

“eu via a dor e sofrimento em que a minha mãe estava e ouvir o meu pai a dizer-lhe aquilo ainda me deixava mais triste, chamei-lhe muitas vezes à atenção” (sic).

Considera a morte da sua mãe como um momento trágico, *“eu ainda era nova, tinha 22 anos e ainda precisava muito dela” (sic).*

A paciente refere que se recorda de algumas discussões entre os pais e não se recorda de ver momentos de trocas de carinho e afeto entre os dois, *“a minha mãe fazia tudo o que o meu pai dizia ela gostava mesmo muito dele, não a censuro, foi fruto da educação que ela teve” (sic).*

A paciente tem 8 irmãos, uma do sexo feminino, casada e sete do sexo masculino, quatro estão casados e os outros 3 são solteiros. A. referiu que tem uma boa relação com os irmãos que são gémeos, uma vez que *“eu e a minha irmã passamos por uma fase muito má na infância e isso ficou sempre um segredo nosso, desde aí que ficamos muito cúmplices e próximas” (sic), “este meu irmão é padrinho da minha filha, temos uma relação próxima e estamos várias vezes juntos” (sic).* Com três dos irmãos considera ter uma relação *“normal, mas não somos muito próximos, raramente estamos juntos” (sic).* No que diz respeito aos dois irmãos mais velhos e ao quinto irmão, fala deles com mágoa, revolta e ressentimento, *“eles fizeram-me muito mal a mim e à minha irmã, sofri muito e nunca vou esquecer o que me fizeram, há coisas que não se perdoam e esta é uma delas, mas tento ver isso como algo do passado” (sic).*

1.7. História Pessoal

A. nasceu há 44 anos, a sua mãe tinha 33 anos e o seu pai 37 anos. No que diz respeito à gravidez referiu que foi planeada e desejada, *“os meus pais queriam ter muitos filhos” (sic).*

Não tem muitas lembranças da infância, uma vez que nesta fase (até aos 12 anos) várias memórias foram recalçadas e bloqueadas, *“eu e a minha irmã fomos abusadas sexualmente por irmãos mais velhos em casa quando os nossos pais não estavam, não sei precisar quantas vezes foram” (sic), os dois mais velhos e o quinto irmão, “nunca fomos capazes de contar a ninguém, talvez por vergonha, medo de não acreditarem em nós ou por ser uma coisa nossa, o tempo foi passando e eu tentei sempre esquecer esses momentos, tentei fazer de conta que isso nunca tinha acontecido” (sic).*

Aos 6 anos de idade entrou para a escola primária, tendo sempre um percurso escolar satisfatório. Refere que *“sempre fui boa aluna”* (sic) e com um bom relacionamento interpessoal, *“eu sempre gostei de brincar e fazer jogos no recreio, nesta altura era aventureira”* (sic). Estudou até ao 6º ano sempre com bom aproveitamento.

Aos doze anos foi trabalhar para uma confeção, foi o seu primeiro emprego, uma vez que o pai não pagava os estudos e referia *“não quero doutores em casa, já têm idade para ir trabalhar”* (sic), *“eu gostava de ter continuado com os estudos, achava que era muito nova para começar a trabalhar, mas naquela altura era assim, tínhamos que começar a trabalhar cedo e eu não censuro o meu pai, foi essa a educação que ele também teve, no fundo sei que ele queria o melhor para os filhos”* (sic). Trabalhou lá até aos dezanove anos e em seguida mudou-se para uma fábrica, que na altura abriu, de componente de automóveis, trabalhando lá durante cerca de treze anos, até que esta abriu insolvência e ficou três anos desempregada, *“eu sempre gostei de trabalhar na fábrica, tínhamos que cumprir com o nosso serviço, mas tínhamos um bom relacionamento e um bom ambiente entre colegas e superiores, era como uma família”* (sic). Foi nesta altura, aos 32 anos, que decidiu retomar os estudos e tirou o nono ano de escolaridade, *“senti que era a altura indicada para voltar a estudar”* (sic).

Aos 22 anos a sua mãe faleceu, A. refere que esta foi uma fase complicada da sua vida, *“eu sei que a minha mãe já estava em sofrimento e eu não queria que ela estivesse assim, mas eu era nova e ainda precisava muito dela”* (sic). Foi nessa altura que surgiu o distúrbio alimentar e teve uma duração de cerca de 3 anos, A. mencionou *“sempre fui uma jovem forte/gordinha e nessa altura percebi que se comesse e de seguida vomitasse que conseguia emagrecer”* (sic). Nesta fase ninguém se apercebeu do seu distúrbio alimentar, apenas achavam que estava mais magra e nunca contou a ninguém, *“sinto vergonha, é uma coisa horrível”* (sic). Com o passar do tempo, percebeu que não podia continuar a induzir o vómito, que lhe fazia mal e que estava a ficar com os dentes deteriorados.

Desde cedo que recorda ter uma baixa autoestima, *“eu sempre fui muito forte e a minha irmã não, era magra. Eu olhava para ela e gostava de ser como ela, magra. Mas nunca me disseram que eu era gorda (pais, irmãos, amigos de escola), eu é que não gostava do que via”* (sic). Atualmente, ainda considera ter uma baixa autoestima, uma vez que gostava de ser mais magra e quando vai experimentar roupa nova, não gosta do que vê, *“nada me fica bem”* (sic).

Mencionou que, quando era adolescente, teve alguns relacionamentos amorosos, *“tive alguns namoricos, mas nada de muito relevante, cansava-me rápido (risos)”* (sic).

Casou-se aos 25 anos e engravidou aos 26 anos. Namorou 3 anos e está casada há 19 anos. Conheceu o marido na empresa de componente de automóveis, *“Era meu colega, mas não falávamos muito até que o pai dele faleceu e eu fui ao funeral, depois disso começamos a trocar mensagens e a sair juntos”* (sic). Salienta que o marido *“é muito pacato, elogia-me muitas vezes, tem gestos de carinho e atura-me a mim e aos filmes da minha cabeça, confesso que nem sempre sou uma pessoa fácil de aturar, se fosse outro qualquer já se tinha posto a andar”* (sic). Tem 49 anos, o 8º ano de escolaridade e atualmente é motorista, por isso os horários nem sempre são compatíveis com os de A., *“estou muitas vezes sozinha em casa, principalmente da parte da tarde”* (sic).

A sua filha foi desejada e tem atualmente 17 anos, menciona um excelente relacionamento com ela: é calma, pode falar abertamente sobre diversas temáticas, é o seu suporte, *“posso falar com ela sobre tudo, mas evito, porque também não a quero chatear ou preocupar, ela é a minha âncora, a pessoa mais importante da minha vida”* (sic). A. mencionou que após o nascimento da filha tornou-se uma pessoa um pouco mais ansiosa, *“eu tinha que proteger a minha filha, ela dependia de mim e eu não queria que ela passasse pelo mesmo que eu passei (violação)”* (sic).

Com cerca de 36 anos voltou a arranjar emprego numa fábrica também ela de componente de automóveis, empresa onde ainda se encontra atualmente. Trabalha das 6h às 14h e refere *“nunca fui feliz aqui, os superiores não tratam as pessoas como deve de ser, olham para nós como se fossemos mais um”* (sic). Nunca teve medo de trabalhar, já esteve em vários departamentos e *“só custa o início, quando ainda estou a aprender”* (sic), no entanto há coisas que não aceita *“os chefes não sabem falar para as pessoas, sempre com sete pedras na mão e quando dizem que determinada tarefa está mal executada, só porque querem aldrabar o material ou as faturas e isso eu não aceito, gosto de fazer as coisas bem feitas”* (sic).

Neste local de trabalho, tem duas amigas mais próximas, *“costumam ir a minha casa, falamos dos nossos problemas, estão sempre presentes quando eu mais preciso”* (sic).

Atualmente, quando chega a casa do trabalho a sua rotina diária é ficar sentada no sofá a tarde toda a ver séries ou a arrumar a casa, depois vai buscar a filha às aulas e vem para casa fazer o jantar. Por vezes, a sogra ou cunhada que vivem no mesmo prédio vão até à sua beira durante a tarde para conversarem, *“tenho uma boa relação com elas”* (sic).

Já andou no ginásio com as duas colegas de trabalho mas, como começaram a faltar, desistiram e acabou por desmotivar e também nunca mais foi.

1.8. Processo de Observação

A. compareceu a todas as consultas marcadas de forma assídua com uma aparência cuidada e adequada ao contexto. O seu vestuário era descontraído e composto por cores que variavam entre o preto, cinzento, branco, bege, azul, rosa e castanho. A sua estatura era média-baixa, com peso acima da média, cabelo liso, pequeno e de cor avermelhada e olhos castanhos. Com idade aparente congruente com a idade real.

Nas primeiras quatro consultas, a paciente apresentava-se sempre muito chorosa, com rosto caído, triste, embutida, labilidade emocional e facilmente irritável (com ruídos externos provocados por obras no CH).

Com o decorrer das sessões, foi-se sentindo mais descontraída, melhorando assim a relação terapêutica. Manteve-se sempre vigil e orientada e com um contacto ocular adequado. Apresentava um discurso coerente, fluente, lógico e organizado, no entanto, por vezes acelerado devido a assuntos que lhe provocavam ansiedade, nesses momentos parava para controlar a respiração e globus faríngeo.

Apresentava sempre um sorriso nos lábios quando a sua filha era referenciada e um olhar triste quando a consulta era direcionada para a sua infância. Quando a estagiária se dirigia para chamar por A., esta estava sempre acompanhada pela sogra.

Colaborante e motivada no processo psicoterapêutico, exceto na execução de tarefas de escrita, *“Não gosto da minha letra, é feia e torta, por isso prefiro não escrever.”* (sic).

1.9. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica realizou-se em diversas fases do processo terapêutico. Cada paciente é único, com as suas necessidades, capacidades, valores e crenças, como tal, a abordagem e intervenção psicológica foi realizada à sua medida.

A. apresentou-se nas primeiras consultas com um pedido muito definido, o de trabalhar a ansiedade face ao local de trabalho e a problemas vivenciais, regular o sono, regulação emocional, hipersensibilidade aos ruídos e autoestima.

Desta forma, de acordo com a história clínica de A. levantou-se como proposta diagnóstica, a Perturbação de Ansiedade Generalizada.

As Perturbações de Ansiedade incluem simultaneamente características de medo e ansiedade excessivas e conseqüentes alterações emocionais e de comportamento. Tendo em conta a **Perturbação de Ansiedade Generalizada**¹² são relevantes a ansiedade e preocupação persistentes e excessivas, em vários domínios, que o indivíduo tem dificuldade em controlar. Analisando e avaliando o caso e coadjuvando com os critérios de avaliação, na perceção da estagiária, a paciente apresenta os sintomas referentes aos critérios de diagnóstico descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5).

Verificou-se que A. apresenta uma ansiedade excessiva relativamente ao desempenho laboral e familiar (critério A) revelando dificuldades em controlar a sua preocupação, principalmente com o seu seio familiar (critério B). A paciente ao longo das sessões relata cinco (dos seis) sintomas associados ao critério C: Agitação, nervosismo ou tensão interior; Fadiga fácil; Irritabilidade; Tensão muscular; e Perturbações do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).

Desta forma, verifica-se que esta situação prejudica o seu funcionamento pessoal “*muitas vezes acabo por ficar sentada no sofá e não faço aquilo que realmente gostaria (ir ao café, fazer uma caminhada, dançar, ...)*” (sic) (critério D). A. preenche ainda os critérios E e F uma vez que a perturbação não se deve a efeitos fisiológicos de substâncias (critério E), nem é explicada por outra perturbação mental (critério F).

À medida que a estagiária vai explorando percebe que a paciente construiu um sistema de crenças e cognições disfuncionais relativamente ao julgamento crítico que esta

¹² Anexo G1 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada, segundo o DSM-5

faz sobre si própria e de tudo o que a rodeia, “*acho que nunca vou conseguir lidar com os comentários dos meus chefes*” (sic), “*acho que nunca vou conseguir emagrecer*” (sic), “*não consigo tolerar, nem sequer imaginar que a minha filha possa sofrer*” (sic).

A educação e vivências que teve na infância contribuiu, do ponto de vista da estagiária, para que a paciente limite e condicione as suas aspirações.

Também foi levantada, como hipótese preliminar, a possibilidade de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático.

A **Perturbação de *Stress* Pós-Traumático**¹³ é caracterizada por sintomas como: medo, alterações comportamentais e emocionais, humor deprimido ou disfórico e cognições negativas que estão associadas à exposição a um acontecimento traumático e que provocam, desta forma um mal-estar clinicamente significativo no indivíduo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM-5, pode-se verificar que a paciente esteve exposta de forma direta a um acontecimento traumático (violência sexual) (critério A.1.), tomou conhecimento de que o mesmo evento traumático ocorreu à sua irmã (critério A.3.) e foi exposta de forma repetida a esses mesmos acontecimentos, “*não me consigo recordar de quantas vezes foram, mas sei que foram várias*” (sic) (critério A.4.). Referiu que sempre houve evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca dos acontecimentos traumáticos (critério C.1.), bem como incapacidade para se recordar de pormenores e o número de vezes que ocorreram as violações (critério D.1.).

Esta situação traumática foi um marco importante para o desencadeamento das queixas atuais; no entanto, para confirmação do diagnóstico seria crucial a recolha de uma maior documentação relativamente aos acontecimentos traumáticos. Era importante uma reconstituição da situação traumática e um detalhe mais pormenorizado da mesma (exemplo: saber com que idade foi abusada pela primeira vez, em que circunstâncias ocorriam os abusos, se havia mais alguém presente, como é que A. reagia durante e após o abuso, comportamentos e sentimentos posteriores).

Para avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva da paciente, equacionadas pela estagiária, foi usado o instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). A escolha do instrumento prendeu-se com a perceção clínica da estagiária, aferição do instrumento para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et

¹³ Anexo G2 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, segundo o DSM-5

al., (2007), características psicométricas do mesmo e até para auxílio de diagnóstico diferencial. Os resultados obtidos pela paciente demonstraram uma Ansiedade Moderada e uma Depressão Ligeira^{14, 15}.

De acordo com a história da paciente e do preenchimento dos critérios de diagnóstico no DSM-5, propõe-se como diagnóstico, a **Perturbação de Ansiedade Generalizada**. No que diz respeito ao diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e apesar da abundância de critérios que remetem para este diagnóstico, é ainda crucial fazer uma análise mais profunda para a confirmação do mesmo.

1.10. Proposta de Intervenção

No Transtorno de Ansiedade Generalizada os indivíduos caracterizam-se pela elevada ansiedade e por preocupação incontrolável. Considerando essas características do transtorno, o tratamento na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) visa a reestruturação cognitiva e a mudança comportamental, proporcionando ao sujeito um maior controle e domínio de si, ajudando-o a ver o seu problema sob uma nova perspectiva (Moura, et al., 2018).

Deste modo, na perspectiva da estagiária, o modelo que mais se adaptou às características da paciente foi o da TCC.

O desenvolvimento terapêutico deve ser equacionado, tendo sempre por base atividades significativas para o paciente e direcionadas para as suas necessidades, é crucial que seja à sua medida para que este se sinta motivado. O estabelecimento de uma relação terapêutica empática e de confiança são essenciais.

De acordo com as queixas expostas pela paciente ao longo das consultas e a hipótese diagnóstica, foi elaborada uma proposta de intervenção (Tabela 2) com base na TCC, com o objetivo de diminuir a sintomatologia psicopatológica.

¹⁴ Anexo G3 – Relatório de Exame Psicológico de A.

¹⁵ Anexo G4 – Resultados de A. na HADS

QUEIXAS / SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA	ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS
NÍVEIS ELEVADOS DE ANSIEDADE	Psicoeducação sobre ansiedade Respiração Diafragmática (O'Donohue & Fisher, 2008) Relaxamento Muscular Progressivo (Jacobson, 1938) Atividades que visam a redução de <i>stress</i>
DIFICULDADE EM DORMIR	Higiene do sono Importância em manter a rotina e as horas de sono diárias Influência de certos alimentos e bebidas na qualidade do sono Importância da prática de exercício físico
BAIXA AUTOESTIMA	Reestruturação cognitiva, com substituição de distorções cognitivas por pensamentos mais realistas (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990)
EXCESSO DE PESO	Incentivo à diminuição de peso, propondo a prática de exercício físico regular Referenciação para a consulta de nutrição
HUMOR DEPRIMIDO	Apoio emocional Discussão das problemáticas trazidas para cada sessão
RUTURA NA ROTINA DIÁRIA	Elaboração de “Roda do Tempo” com atividades diárias (planeamento)
TRAUMA	Reestruturação cognitiva, com substituição de distorções cognitivas por pensamentos mais realistas Apoio emocional
PROBLEMÁTICA LABORAL	Psicoeducação Aprender a dizer não Como lidar com o <i>stress</i> Estratégias e técnicas para a resolução de problemas Registo de acontecimentos e pensamentos automáticos

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

1.11. Processo de Intervenção

O processo de intervenção foi traçado de acordo com os objetivos apresentados pela paciente e tendo sempre por base as suas queixas. Em seguida, foi explicada a importância de cada estratégia terapêutica, tendo sido também realçada a necessidade de colaboração e de compromisso por parte de A., reforçando assim o seu papel ao longo deste processo.

Procurou-se promover a relação terapêutica proporcionando um contexto de apoio e de confiança, onde a confidencialidade se encontrava salvaguardada. O início de cada sessão consistia numa escuta ativa das problemáticas trazidas pela paciente e da narração de todos os acontecimentos que iam ocorrendo entre o espaço das consultas. Na parte final de algumas sessões eram propostos “trabalhos de casa” explicando o seu objetivo e importância. Após a orientação destas tarefas, era devolvido, de forma breve, o que foi feito durante a consulta e esclarecidas dúvidas apresentadas pela paciente.

O processo de intervenção psicológica teve início no final de 2018 tendo terminado, com a estagiária, em julho de 2019. Contabilizando um total de 9 sessões com duração de cerca de 50 minutos cada. De realçar que esta intervenção ocorreu em simultâneo com a intervenção psicofarmacológica prescrita pelo médico psiquiatra.

Nas duas primeiras consultas, a estagiária começou por fazer a recolha anamnésica através da entrevista de avaliação psicológica. Esta, foi acompanhada por uma observação clínica e pela construção de uma relação empática e de confiança. Na segunda consulta, foi quando A. referiu que havia um episódio da sua infância que só a sua irmã sabia, mas do qual não queria falar. A estagiária reforçou que compreendia que fosse um assunto difícil para A., que a respeitava e a deixava à vontade.

De acordo com os objetivos traçados com a paciente, começou-se por tentar diminuir a sintomatologia ansiosa, bem como a dificuldade em dormir, labilidade emocional, irritabilidade, choro fácil e humor deprimido.

Como tal, no final da segunda consulta, foi dado à paciente, como tarefa para casa, o preenchimento de uma tabela de registo de pensamentos, pedindo à doente que escolhesse dois ou três acontecimentos relativamente recentes que tivessem gerado

ansiedade e mal estar significativo. Nesta mesma tarefa tinha que identificar a reação que teve, como se sentiu no momento e em que é que começou a pensar¹⁶.

Na terceira consulta A. trouxe a tabela preenchida, referiu que *“não gosto de escrever, acho que a minha letra é feia, mas lá preenchi a tabela”* (sic). A tarefa foi crucial para a estagiária compreender melhor o funcionamento, pensamentos e comportamentos da paciente, bem como para a reestruturação cognitiva de alguns pensamentos disfuncionais, *“a minha supervisora de produção à frente dos chefes só nos sabe criticar e chamar a atenção, são todos iguais querem ver quem manda mais”* (sic). Aqui a estagiária tentou desconstruir a ideia de generalização que a paciente tinha. Com esta atividade, foi possível a identificação de certos comportamentos e sentimentos que estão associados aos estados de ansiedade. Além disso, também permitiu identificar as vantagens e desvantagens em ficar preocupado, no qual a paciente referiu *“só tenho desvantagens e só faz mal à minha saúde”* (sic).

Neste seguimento, relativamente à diminuição da sintomatologia ansiosa, foi explicado à paciente o desencadeamento fisiológico provocado pela ansiedade e as alterações físicas e psicológicas que provoca na pessoa (psicoeducação). A respiração diafragmática foi introduzida neste contexto, uma vez que permite focalizar-se no aqui e agora, promovendo o relaxamento e a diminuição da ansiedade. Para que a paciente pudesse perceber de forma mais ilustrativa estes dois conceitos, foram apresentados dois vídeos que reforçam aquilo que a estagiária tinha estado a explicar.

Após a prática no espaço de consulta, foi pedido à paciente que praticasse a respiração diariamente, entre cinco a dez minutos por dia, tarefa que foi cumprida pela paciente *“tenho feito a respiração várias vezes e, apesar de ainda sentir uma bola na garganta que parece que me sufoca, esta parece já não estar tão grande e incomodativa”* (sic).

A diminuição da sintomatologia depressiva foi feita ao longo das consultas, dando apoio emocional à paciente de acordo com as problemáticas apresentadas, com recurso a estratégias e técnicas que diminuíssem as queixas apresentadas inicialmente.

Na consulta seguinte (quarta consulta), a paciente tomou a liberdade de contar à estagiária por aquilo que tinha passado na infância, *“doutora tenho uma coisa para lhe dizer...lembra-se de eu lhe ter dito que havia um segredo da minha infância do qual eu não queria falar!? Eu não gosto de falar nele, sempre fiz de conta que não existiu e há*

¹⁶ Anexo G5 – Registo de Pensamentos

muitas coisas da minha infância que não me lembro por causa disso. Confio em si e por isso é que vou falar disso, nunca falei antes com ninguém...fui abusada sexualmente por irmãos” (sic). Na sequência deste desabafo, a estagiária sentiu a necessidade de fazer algumas questões, não muito invasivas à paciente, para perceber o contexto em que o evento traumático tinha ocorrido, bem como se tinha sido uma ou várias vezes e que irmãos é que tinham sido. No entanto, era patente que existia amnésia parcial *“não me consigo lembrar quantas vezes foram, nem de onde foram de forma específica”* (sic).

A estagiária procurou transmitir serenidade e apoio, explicando que este processo de esquecimento teria ocorrido como um mecanismo de defesa, para se proteger e que foi a forma que encontrou para lidar com a ameaça que era para a sua integridade pessoal. Após este momento, a paciente não quis falar mais sobre este assunto, era notório que tinha ficado mais ansiosa e com o aperto no peito e garganta.

Neste sentido, como a estagiária verificou que tinha sido um momento bastante intenso para a paciente, resolveu introduzir o Relaxamento Muscular Progressivo¹⁷ e o Relaxamento Imagético, como uma continuação da respiração diafragmática aprendida na consulta anterior. O corpo responde com tensão muscular aos pensamentos e aos eventos que provocam ansiedade. Sendo assim, o objetivo foi a paciente aprender a criar tensão e em seguida, relaxar os diferentes grupos musculares do corpo, de forma que consiga diferenciar quando o músculo está tenso e quando está relaxado, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento. O Relaxamento Muscular Progressivo permite à pessoa reconhecer quando se encontra muito tensa e instruir-se para relaxar, reduzindo o nível de ansiedade e de tensão muscular (duas das principais queixas de A.).

Por sua vez, o Relaxamento Imagético e a visualização foram utilizados uma vez que são técnicas que visam ajudar os pacientes na gestão da ansiedade, através da reeducação e mudança de atitude.

Esta sessão foi um grande sucesso, uma vez que permitiu que A. diminuísse o estado de ansiedade com que estava na fase inicial da consulta, *“sinto-me melhor, mais calma, parece que me saiu um peso de cima”* (sic). No final da sessão foi dito à paciente que também era ótimo para o seu processo terapêutico se conseguisse praticar estes dois relaxamentos em casa.

¹⁷ Anexo G6 – Relaxamento Muscular Progressivo

No final da sessão, não esquecendo a confiança que a paciente reportou no início da consulta, a estagiária pediu à paciente para descrever o evento traumático como “trabalho de casa”. Foi-lhe explicada que o propósito de escrever era desbloquear algumas coisas que estavam “apagadas” da sua memória e que estas podiam ser “linhas soltas” para as questões que a paciente apresenta. A. não aceitou a tarefa, relatando que quando escreve não se sente bem, além disso referiu que *“não quero falar mais sobre isso, são coisas do passado, fez-me bem falar hoje, apesar de ser doloroso, mas mais não me consigo lembrar”* (sic). A estagiária não insistiu, uma vez que se trata de um assunto bastante delicado.

Na quinta consulta, A. apresentava-se bastante mais animada, com um rosto mais “aberto”, salientando que os barulhos externos de uma forma geral já não a têm incomodado nem está hipervigilante, humor eutímico, já não se apresenta com choro fácil e tem praticado em casa as estratégias abordadas nas sessões anteriores.

Para complementar as técnicas já abordadas e visto que um dos locais onde a paciente se sente mais desorganizada e mais ansiosa é no contexto laboral, foram apresentados e abordados alguns temas (psicoeducação), como “Aprender a dizer não”¹⁸ e “Como lidar com o *stress*”¹⁹ e encontradas algumas estratégias por parte da paciente com orientação da estagiária, para a resolução de problemas de forma mais tranquila e sem “explodir”. Foi explicado à paciente que sentir alguma ansiedade e *stress* fazem parte das responsabilidades do dia a dia, no entanto quando esse *stress* e ansiedade são exagerados isso pode prejudicar, tal como ela tem vindo a verificar.

Algumas das estratégias que a paciente identificou como possíveis para o seu local de trabalho foram: *“posso dizer que vou à casa de banho e aproveito para fazer a respiração mais profunda”* (sic), *“ir apanhar ar”* (sic), *“ir falar com alguma das minhas duas amigas da fábrica”* (sic) e/ou *“dizer o que penso, mas sem me exaltar”* (sic).

Na sexta e sétima consulta, foram trabalhadas mais algumas questões que iam ao encontro das queixas da paciente. Foi, primeiramente, abordada a questão do sono, *“bastante irregular, não me custa a adormecer, mas depois acordo várias vezes durante a noite e sonho muito, sinto que acordo mais cansada do que o que me deitei”* (sic). Foi efetuada psicoeducação sobre Higiene do Sono. A estagiária abordou várias questões associadas a esta problemática, desde a importância em manter a rotina e as horas de sono

¹⁸ Anexo D19 – Apresentação “Saber Dizer Não”

¹⁹ Anexo D21 – Apresentação “Como lidar com o *stress*”

diárias, a influência de certos alimentos e bebidas na qualidade do sono, a importância da prática de exercício físico, as diferentes fases do sono e o papel dos sonhos.

Foi também trabalhada a questão da autoestima e do excesso de peso, *“sempre tive uma baixa autoestima...sempre fui gordinha...por isso é que houve uma fase em que comia e vomitava, mas depois percebi que isso não me fazia bem e consegui superar, sabia que isso não estava correto”* (sic). Atualmente A. queixa-se que quando anda mais ansiosa, irritada ou tensa tende a comer mais *“antes de ser seguida aqui em Psicologia era capaz de comer um pacote de batatas fritas num abrir e fechar de olhos...agora tento evitar ter porcarias em casa e quando me apetece comer vou para snacks mais saudáveis e pequenos, como frutos secos ou tortilhas de arroz/milho, quando acabo o snack (dose individual) tento distrair-me com outras coisas e tento adotar algumas das estratégias que aprendi aqui em consulta”* (sic).

Tendo em conta este discurso a estagiária optou por utilizar algumas técnicas de motivação para a mudança de comportamento e reforço positivo do mesmo, dando os parabéns à paciente por essa conquista e que de facto já tinha reparado que desde o início das consultas a perda de peso era notória. Houve também o incentivo para a prática de exercício físico no qual a paciente refere que seguiu o conselho da estagiária e que já tinha começado a fazer umas caminhadas ao domingo de manhã com cinco colegas de trabalho. Neste momento, a estagiária referiu que podia fazer a referência para a consulta de nutrição do CH, na qual a paciente aceitou e agradeceu, ficando bastante entusiasmada com a ideia.

A oitava consulta teve por base a rotina diária de A. e a gestão e planeamento do seu tempo, *“chego a casa do trabalho e não me apetece fazer nada, deito-me no sofá e vejo televisão...mas gostava de ser mais ativa”* (sic). A estagiária resolveu levar uma atividade prática para esta sessão, “A Roda do Tempo”²⁰, com o objetivo de reestruturar cognitivamente alguns pensamentos disfuncionais, por pensamentos mais realistas. Durante a atividade, foram colocadas várias questões como: Quais as áreas importantes para a paciente, no contexto da Gestão do Tempo; Qual o grau de satisfação em cada uma dessas áreas importantes; Quais as atividades que promovem essa satisfação; e acima de tudo A. perceber a diferença entre o estado atual da roda e o estado desejado, realçando as vantagens desta mudança de comportamento e pensamento. Foi-lhe explicada a importância de introduzir novas atividades no seu dia a dia que a mantivesse ocupada.

²⁰ Anexo G7 – “A Roda do Tempo”

Daqui é importante retirar que a paciente, com a ajuda da estagiária, procurou identificar algumas atividades que para ela são gratificantes e prazerosas e que poderá colocar em prática mais facilmente mesmo para se sentir menos ansiosa, preocupada e angustiada, sendo elas: ir ao cinema, ir à praia, passear com o seu núcleo familiar, fazer caminhadas de forma mais regular, ir até ao café, ouvir música e dançar, relaxamento muscular e respiração diafragmática “*deixam-me mais calma porque não estou a pensar em mais nada*” (sic). Após a identificação destas atividades, A. mostrou-se mais confiante e motivada perante a aplicação destas estratégias no futuro.

A nona consulta foi importante para sedimentar todos os conceitos, abordagens, técnicas e estratégias mais adaptativas abordadas até então. Uma vez que a paciente já tem um maior autoconhecimento, foi capaz de descrever as situações que despertam sentimentos menos bons, foi capaz de identificar que comportamentos é que tem perante essas situações e novas estratégias para reduzir a ansiedade, a irritabilidade, a labilidade emocional, a preocupação e a angústia, bem como descrever as vantagens e desvantagens dessa atitude^{21, 22}.

A intervenção ao longo de todas as consultas teve como base a Psicoterapia de Apoio, com Técnicas e Estratégias Cognitivo Comportamentais, bem como motivacionais. Técnicas psicoeducativas, desde a explicação clínica à prática, com o intuito de uma maior tomada de consciência e desconstrução de crenças disfuncionais. Outras técnicas, como a reestruturação cognitiva e confrontação de pensamentos, com o objetivo de que esta tentasse encontrar estratégias cognitivas mais adaptativas e funcionais.

A. continuará a ser seguida pela estagiária em contexto de consulta no CH.

²¹ Anexo G8 – Situações e comportamentos associados

²² Anexo G9 – Alternativas, vantagens e desvantagens

1.12. Reflexão do Caso Clínico A.

Este foi um dos casos acompanhados que foi um autêntico desafio, uma prova às capacidades, limites e dificuldades que a estagiária na realidade sentia para consigo mesma.

As duas primeiras consultas foram angustiantes e a estagiária sentiu-se constrangida com a expressão de emoções por parte de A., uma vez que esta se apresentava muito descrente em tudo e muito chorosa. Com o avançar das consultas, A. apresentou melhorias significativas, foi dando lugar a coisas boas e a estratégias e métodos mais adequados. Já conseguia ter um melhor controlo sobre a ansiedade, sentindo-se mais calma, algo que se repercutiu na forma como se relaciona com os outros, na regulação emocional, na irritabilidade, no sono, no humor, no controlo da ingestão alimentar e na sua autoestima.

Ao longo do processo de intervenção, manteve-se de uma forma geral colaborante, verbalizando que queria mudar mas que necessitava de ajuda.

A estagiária sentia a necessidade de ter sempre algo preparado para as sessões para que, no momento, pudesse decidir o que melhor se adequava à mesma. No entanto, em algumas situações houve a necessidade de uma abordagem diferente à planeada, tornando este caso ainda mais desafiante.

As estratégias cognitivo comportamentais foram essenciais para ajudar A. a desenvolver métodos de como lidar com os sintomas e, principalmente, se implicar, motivar e acreditar no processo de mudança. O intuito subjacente a cada estratégia era o de aumentar a capacidade de *insight*, consciencialização do seu estado emocional e o de capacitar o indivíduo de estratégias e competências como da autonomia. A estagiária tentou sempre colocar em prática um dos conselhos dados pela Professora Dra. Maria Emília Areias, o importante é “ensinar a pescar e não dar o peixe”.

Foi maravilhoso e muito positivo ouvir A. referir que tinha consciência de que no início tinha sido *“uma pessoa mais fechada, mas que eu fui a única pessoa que conseguiu com que ela falasse sobre alguns aspetos pessoais, que nunca tinha sido capaz de falar a mais ninguém”* (sic) e expressasse todas as suas angústias, verbalizando que se sentia diferente e tinha consciência do mesmo. Senti-me grata e confesso, orgulhosa deste longo

processo. Mas, o mais importante, foi sentir que, com todos os obstáculos e sentimentos, ajudei alguém a sentir-se um pouco melhor.

A. irá continuar a ser acompanhada no serviço de Psicologia com o objetivo de dar continuidade ao processo psicoterapêutico, dando-se assim seguimento à proposta de intervenção. Será crucial e interessante explorar e trabalhar de forma mais aprofundada a questão do abuso sexual.

Reflexão Final

De uma forma geral, a estagiária considera que a experiência de estágio foi muito rica e intensa de trabalho, de emoções, de experiências, de vivências e de laços que se criam, mas sem dúvida muito gratificante. Este relatório descreve todas as atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio.

O início do estágio foi um pouco atribulado, uma vez que se tratava de uma experiência nova, a prática real. Existia uma mistura de sentimentos de insegurança, receios, dúvidas, mas ao mesmo tempo a curiosidade incessante e dedicação. Podemos sentir-nos preparados, mas é no momento em que nos deparamos com a realidade profissional, que percebemos o quanto ainda necessitamos de crescer.

O facto de ter a oportunidade de ingressar em dois serviços e de integrar dois grupos terapêuticos foi sem dúvida muito enriquecedor, tanto a nível profissional como a nível pessoal.

No período de observação foi possível assistir ao que tinha sido apreendido ao nível teórico, proporcionando também um desenvolvimento de competências. Foi igualmente crucial para o amadurecimento da estagiária, uma vez que, enriqueceu o seu conhecimento e preparou-a para a prática clínica. A fase de acompanhamento psicológico foi, sem dúvida, a mais desafiante pois havia a necessidade de adequar todas as sessões de acordo com as problemáticas trazidas pelos pacientes e de adaptar o processo de intervenção proposto.

No que respeita às reuniões científicas, foram sobretudo relevantes no sentido de atualização e aprofundamento de conhecimentos científicos. As reuniões comunitárias na CPSM, possibilitaram um maior conhecimento do funcionamento em equipa multidisciplinar e da importância de cada profissional na melhoria e bem estar dos pacientes.

Em termo de conclusão, a estagiária pode verificar que apesar de todas as dificuldades surgidas ao longo do estágio curricular, tudo foi superável e, esta foi sem dúvida uma das experiências mais satisfatórias. O contributo da orientadora e da supervisora de estágio foram fundamentais no seu desenvolvimento.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Arlington, VA: APA.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric out- patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Revista Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Centro Hospitalar XXXXXXXXXXXXXXXX (2019). Site oficial acedido em abril de 2019, <http://portal-XXXX.min-saude.pt/pages/2>.
- Ferreira, R. (2015). *Psicologia clínica: uma perspectiva de intervenção*. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa: Relatório de estágio.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: A psychological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychological and medical practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moura I., Rocha V., Bergamini G., Samuelsson E., Joner C., Schneider L., et al. (2018). A terapia cognitivo comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente*, 9(1), 423-441. DOI: <http://dx.doi.org/10.31072/rcf.v9i1.557>.
- Noronha, A. P. P. (2009). Testes Psicológicos: conceito, uso e formação. Hutz, C. S. *Avanços e polémicas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 71-91.

- O'Donohue, W., & Fisher, J. (2008). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Psychiatric Services (2nd ed., Vol. 56). John Wiley & Sons, Inc.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A textbook* (5th ed.) (pp. 1-14). Berkshire: McGraw-Hill.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016, 26 de dezembro). Código Deontológico com Primeira Revisão. *Diário da República. 2^a Série, 246/2*. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf.
- 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 and Medicine*, 12(2), 225-237.
- Paulo, I. (2015, 22 de setembro). Ranking dos hospitais. Mestre no ofício de bem cuidar. *Jornal Expresso*. Disponível em: <https://expresso.sapo.pt/sociedade/2015-09-22-Ranking-dos-hospitais-mestre-no-oficio-de-bem-cuidar#gs.yco79y8>.
- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: teoria e pesquisa* (p. 25-35). doi.org/10.1590/50102-37722010000500003.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 7, 361-370.



Relatório de Estágio

Maria Valentina Machado Veiga

Parte II

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

Gandra, janeiro de 2020



Maria Valentina Machado Veiga

Código de Aluno: 22497

Anexos ao Relatório de Estágio

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

Supervisor/a: Prof^ª. Dra. Maria Emília Areias

Gandra, janeiro de 2020

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de Estágio Curricular

Anexo B – Relatórios de Avaliação Psicológica

Anexo C – Grupo Psicoeducativo de “Cardíacos”

C1 – Plano de Sessões do Grupo de “Cardíacos”

Anexo D – Grupo Psicoeducativo de Ansiedade

D1 – Plano de Sessões do Grupo de Ansiedade

D2 – Resumo das Sessões do Grupo de Ansiedade

D3 – Apresentação “Ansiedade e Respiração Diafragmática”

D4 – Folheto informativo “Ansiedade e Respiração Diafragmática”

D5 – Apresentação “Relaxamento Muscular”

D6 – Folheto informativo “Relaxamento Muscular”

D7 – Apresentação “Relaxamento Imagético”

D8 – Folheto informativo “Relaxamento Imagético”

D9 – Apresentação “Atribuições”

D10 – Folheto informativo “Atribuições”

D11 – Apresentação “Relacionamento Interpessoal”

D12 – Folheto informativo “Relacionamento Interpessoal”

D13 – Apresentação “Assertividade”

D14 – Folheto informativo “Assertividade”

D15 – Exercício Prático “Assertividade”

D16 – Apresentação “Treino de Resolução de Problemas”

D17 – Folheto informativo “Treino de Resolução de Problemas”

D18 – Exercício Prático “Treino de Resolução de Problemas”

D19 – Apresentação “Saber Dizer Não”

D20 – Folheto informativo “Saber Dizer Não”

D21 – Apresentação “Como lidar com o *stress*”

D22 – Folheto informativo “Como lidar com o *stress*”

D23 – Exercício Prático “Como lidar com o *stress*”

D24 – Apresentação “Cognições”

D25 – Folheto informativo “Cognições”

D26 – Apresentação “Emoções”

D27 – Folheto informativo “Emoções”

D28 – Apresentação “Autoestima”

D29 – Folheto informativo “Autoestima”

D30 – Apresentação “Autoeficácia e Motivação”

D31 – Folheto informativo “Autoeficácia e Motivação”

D32 – Apresentação “Memória”

D33 – Folheto informativo “Memória”

D34 – Exercício Prático “Memória”

D35 – Apresentação “Depressão”

D36 – Folheto informativo “Depressão”

D37 – Apresentação “Perdão”

D38 – Folheto informativo “Perdão”

D39 – Apresentação “*Mindfulness*: Atenção Plena”

D 40 – Folheto informativo “*Mindfulness*: Atenção Plena”

D41 – Apresentação “*Mindfulness*: Plano de 8 semanas”

D42 – Folheto informativo “*Mindfulness*: Plano de 8 semanas”

Anexo E – Tabela de Reuniões Científicas

Anexo F – Atividades realizadas durante o Estágio Curricular

F1 – Apresentação “Mulher na Doença Mental e Estratégias de *Coping*”

F2 – Apresentação Jornadas IUCS “*Coping* em Amputados”

F3 – Certificado de Participação nas Jornadas do IUCS

F4 – Apresentação “O que é a Ansiedade?”

F5 – Apresentação “Comunicação de Más Notícias”

F6 – Folheto informativo “Comunicação de Más Notícias”

F7 – Apresentação “*Coping* em Amputados”

F8 – Apresentação “Intervenção Não Farmacológica na Insónia”

F9 – Certificado de Participação em diferentes Projetos

Anexo G – Caso Clínico A.

G1 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada, segundo o DSM-5

G2 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, segundo o DSM-5

G3 – Relatório de Exame Psicológico de A.

G4 – Resultados de A. na HADS

G5 – Registo de Pensamentos

G6 – Relaxamento Muscular Progressivo

G7 – A Roda do Tempo

G8 – Situações e comportamentos associados

G9 – Alternativas, vantagens e desvantagens

Anexo A

Plano de Estágio Curricular

ATIVIDADES

- | | |
|-------------------------|---|
| Outubro de 2018 | <ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do local de estágio e das restantes áreas de atuação;▪ Início da observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;▪ Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;▪ Participação no Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;▪ Reuniões de supervisão de estágio. |
| Novembro de 2018 | <ul style="list-style-type: none">▪ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;▪ Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;▪ Participação no Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;▪ Correção de Testes de Avaliação Psicológica;▪ Inserção de dados estatísticos em bases de dados;▪ Reuniões de supervisão de estágio. |
| Dezembro de 2018 | <ul style="list-style-type: none">▪ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;▪ Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;▪ Fim do Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;▪ Festa de Natal do Hospital de Dia;▪ Correção de Testes de Avaliação Psicológica;▪ Inserção de dados estatísticos em bases de dados;▪ Reuniões de supervisão de estágio;▪ Início da aplicação de testes psicológicos no SMFR e na CPSM. |
| Janeiro de 2019 | <ul style="list-style-type: none">▪ Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;▪ Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM; |
-

-
- Início do Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos;
 - Início da realização de avaliações psicológicas;
 - Início da realização de primeiras consultas de forma autónoma;
 - Reuniões de supervisão de estágio.

Fevereiro de 2019

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

Março de 2019

- Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;
- Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;
- Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos;
- Início do Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;
- Realização de avaliações psicológicas;
- Acompanhamento psicoterapêutico;
- Realização de primeiras consultas;
- Reuniões de supervisão de estágio.

Abril de 2019

- Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;
 - Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;
 - Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos;
 - Participação no Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;
 - Realização de avaliações psicológicas;
 - Acompanhamento psicoterapêutico;
-

-
- Realização de primeiras consultas;
 - Reuniões de supervisão de estágio.

Maio de 2019

- Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;
- Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;
- Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos;
- Participação no Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;
- Realização de avaliações psicológicas;
- Acompanhamento psicoterapêutico;
- Reuniões de supervisão de estágio.

Junho de 2019

- Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;
- Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;
- Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos;
- Participação no Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;
- Realização de avaliações psicológicas;
- Acompanhamento psicoterapêutico;
- Reuniões de supervisão de estágio.

Julho de 2019

- Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;
 - Participação nas reuniões do Serviço Comunitário e nas Reuniões Científicas da CPSM;
 - Participação no Grupo Psicoeducativo dos Ansiosos;
 - Participação no Grupo Psicoeducativo dos “Cardíacos”;
 - Realização de avaliações psicológicas;
 - Acompanhamento psicoterapêutico;
 - Reuniões de supervisão de estágio.
-

Anexo B

Relatórios de Avaliação Psicológica

1º Relatório de Avaliação Psicológica

Nome: A.P.A.

Data de Nascimento: 24/06/1934

Escolaridade: 3º ano

Pedido Formulado: Avaliação Neuropsicológica

Procedimentos de Avaliação:

- *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA);
- Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2);
- *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III);
- Escala de Inteligência de *Weschler* para Adultos (WAIS-III);
- *Trail Making Test* (TMT);
- *Frontal Assessment Battery* (FAB).

Para realizar a avaliação do desempenho cognitivo geral foi administrado o ***Montreal Cognitive Assessment*** (MOCA). A paciente obteve uma pontuação total de **15 em 30**, que se traduz como **Défice Cognitivo** (normal ≥ 26), com maior dificuldade nas tarefas de funcionamento executivo, atenção, linguagem e abstração.

Relativamente à Avaliação Demencial, procedeu-se à utilização da **Escala de Avaliação da Demência – 2** (DRS-2). Os resultados obtidos revelaram, que a paciente possui défice significativo nas áreas das concetualização e memória. Na área da perseveração apresenta défice ligeiro e a área da atenção encontra-se média baixa. Por sua vez, a área da construção encontra-se acima da média. Como resultado final, a paciente apresenta 98 pontos, que se traduz como **Défice Significativo**.

Para avaliação de défice cognitivo, ou seja do quadro geral do funcionamento cognitivo, foi utilizado também o ***Addenbrooke's Cognitive Examination*** (ACE-III). A paciente apresentou uma avaliação muito inferior nos domínios da atenção, memória,

fluência e linguagem. No domínio visuoespacial apresenta uma avaliação dentro da média. Relativamente à pontuação total obtida neste instrumento, a paciente obteve 59 pontos, que se traduz como **Muito Inferior**.

Para a avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes da **Escala de Inteligência de *Weschler* para Adultos (WAIS-III)**: “Código” e “Pesquisa de Símbolos”. A partir dos resultados obtidos, verifica-se que a paciente apresenta 41 pontos nas duas provas, indicando assim, uma velocidade de processamento **Muito Inferior** à média que (varia entre 90 e 109).

Para realizar a avaliação das operações cognitivas, nomeadamente a procura visual, a velocidade psicomotora, a sequenciação, a atenção dividida e a flexibilidade cognitiva da paciente, foi administrado o ***Trail Making Test***. A paciente realizou a prova A em 80 segundos e a prova B em 180 segundos, no entanto não conseguiu elaborá-la com sucesso. Verifica-se assim, que o resultado da prova A correspondem à normalidade, uma vez que para ser considerado patológico, na parte A o resultado deveria ser superior a 117.

Para realizar a avaliação das funções executivas foi administrado o ***Frontal Assessment Battery*** (FAB). Através dos resultados obtidos na FAB, foi possível verificar que a paciente obteve uma pontuação de 9 em 18, ou seja, apresenta **Declínio Cognitivo**.

Conclusão:

A avaliação foi realizada em três consultas, e a paciente apresentou-se bastante participativa e colaborante. Demonstrou alguma dificuldade na compreensão de algumas tarefas, mesmo quando explicadas novamente.

Apresenta uma lentificação significativa na realização das provas, confirmando assim, **défice ao nível da velocidade de processamento**.

Na avaliação do desempenho cognitivo, apresentou **défice cognitivo** significativo, principalmente ao nível da memória, concetualização, atenção, fluência, linguagem e abstração.

A Psicóloga Clínica

A Estagiária de Psicologia

2º Relatório de Avaliação Psicológica

Nome: M.J.C.

Data de Nascimento: 27/08/1955

Escolaridade: 3º ano

Pedido Formulado: Avaliação Demencial

Procedimentos de Avaliação:

- *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA);
- Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2).

Para realizar a avaliação do desempenho cognitivo geral foi administrado o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA). A paciente obteve uma pontuação total de **13 em 30**, que se traduz como **Défice Cognitivo** (normal ≥ 26), com maior dificuldade nas tarefas de funcionamento executivo, memória, atenção, concentração, linguagem (repetição e fluência verbal) e abstração (semelhanças).

Relativamente à Avaliação Demencial, procedeu-se à utilização da **Escala de Avaliação da Demência – 2** (DRS-2). Os resultados obtidos revelaram, que a paciente possui défice significativo na área da memória. Na área da perseveração apresenta défice moderado e nas áreas da concetualização e atenção apresenta défice ligeiro. Por sua vez, a área da construção encontra-se na média. Como resultado final, a paciente apresenta 108 pontos, que se traduz como **Défice Significativo**.

Conclusão:

A aplicação destes instrumentos realizou-se numa consulta, onde a paciente apresentou numerosas dificuldades ao nível da compreensão das tarefas que lhe eram propostas, mesmo quando explicadas novamente e/ou com ajuda por parte do examinador. A doente faltou à seguinte consulta marcada, foi contactada telefonicamente

onde a filha referiu que não tinha conhecimento da consulta da mãe, mas para remarcar a consulta, esta foi remarcada e a paciente voltou a faltar.

Com a avaliação efetuada, foi possível verificar que a paciente apresentou principalmente défices ao nível da memória, concetualização, atenção, fluência verbal, linguagem, abstração, funcionamento executivo e perseveração. Apresenta **Défi**
Cognitivo Significativo.

A Psicóloga Clínica

A Estagiária de Psicologia

3º Relatório de Avaliação Psicológica

Nome: H.T.S.

Data de Nascimento: 27/08/1955

Escolaridade: 12º ano

Pedido Formulado: Avaliação da Personalidade

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

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

Relativamente às escalas clínicas, apresenta a **escala de Depressão** bastante elevada T= 96 (> 4 DP acima da média), estando associada a sentimentos de inutilidade, de incapacidade para encarar o futuro, ausência de autoconfiança, tendência para a ansiedade, inquietude, limitação de interesses e tendência para a introversão.

A **escala de Histeria** também se encontra elevada T= 82 (3 DP acima da média), o que significa que poderá apresentar uma forte imaturidade afetiva.

A **escala de Psicastenia** está igualmente elevada T= 79 (3 DP acima da média), que se pode traduzir com a fadigabilidade física e intelectual, a dúvida, a indecisão, a ansiedade, alterações do pensamento, o sentimento de incompletude e insatisfação.

A **escala de Hipocondria** encontra-se elevada T=75 (> 2 DP acima da média), que se pode traduzir como reação exagerada a qualquer problema real.

Relativamente à **escala** suplementar **de Introversão/Extroversão**, verificou-se um valor muito elevado T= 76 (> 2 DP acima da média), que se pode traduzir por introversão social, onde os indivíduos se afastam do contacto social.

Nas escalas de conteúdo é possível verificar que as que se apresentam com valores superiores são: depressão, preocupações com a saúde, ansiedade, baixa auto-estima, mal-estar social, interferência laboral e indicadores negativos de tratamento.

Conclusões:

A avaliação foi realizada numa consulta, e o paciente apresentou-se bastante participativo e colaborante.

Os resultados obtidos não correspondem de forma específica a nenhum dos perfis conhecidos, ainda assim apresenta características do perfil neurótico. As escalas que se encontram mais elevadas são: Depressão, Histeria, Psicastenia, Introversão e Hipocondria.

A Psicóloga Clínica

A Estagiária de Psicologia

4º Relatório de Avaliação Psicológica

Nome: M.R.P.

Data de Nascimento: 08/05/1959

Idade: 59 anos

Escolaridade: 4º ano

Pedido Formulado: Avaliação Neuropsicológica

Procedimentos de Avaliação:

- *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA);
- Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2);
- Escala de Inteligência de *Weschler* para Adultos (WAIS-III);
- *Trail Making Test* (TMT);
- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS);
- *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI).

Para realizar a avaliação do desempenho cognitivo geral foi administrado o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA). A paciente obteve uma pontuação total de 17 em 30, que se traduz como **Défice Cognitivo** (normal ≥ 26), com maior dificuldade nas tarefas de funcionamento executivo, atenção, abstração e memória.

Relativamente à Avaliação Demencial, procedeu-se à utilização da **Escala de Avaliação da Demência – 2** (DRS-2). Os resultados obtidos revelaram, que a paciente possui défice ligeiro na área da memória. A área da concetualização encontra-se média baixa. Por sua vez, as áreas da atenção, construção e iniciação/perseveração encontram-se na média. Como resultado final, a paciente apresenta 131 pontos, que se traduz como **Média-Baixa**.

Para a avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes da **Escala de Inteligência de *Weschler* para Adultos** (WAIS-III): “Código” e “Pesquisa de Símbolos”. A paciente teve como resultado, uma **Velocidade de Processamento Inferior** à média (I.V.P.=87), comparativamente com a população geral (no qual a média varia entre 90 e 109).

Para realizar a avaliação das operações cognitivas, nomeadamente a procura visual, a velocidade psicomotora, a sequenciação, a atenção dividida e a flexibilidade cognitiva da paciente, foi administrado o ***Trail Making Test***. A paciente realizou a prova A em 55 segundos (normal para a idade: 38 segundos) e a prova B em 125 segundos(normal para a idade: 98 segundos). Ainda assim, verifica-se que os resultados da prova A e B não são considerados patológicos.

Para realizar a avaliação dos índices de Ansiedade e Depressão, foi administrado a **Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar** (HADS). Através dos resultados obtidos na HADS, foi possível verificar que a paciente obteve uma pontuação de 13 (**Moderado**) na **escala de Ansiedade** e 2 (**Normal**) na **escala de Depressão**.

Para avaliar a qualidade do sono foi administrado o ***Pittsburgh Sleep Quality Index*** (PSQI). Através dos resultados obtidos no PSQI, foi possível verificar que o paciente obteve uma pontuação de 9, que se traduz numa **Pobre Qualidade de Sono**.

Conclusão:

A avaliação foi realizada numa consulta, e a paciente apresentou-se bastante participativa e colaborante. Demonstrou alguma dificuldade na compreensão de algumas tarefas, no entanto quando explicadas novamente, foi capaz de responder.

Apresenta uma lentificação significativa na realização das provas, confirmando assim, **défice** ao nível da **velocidade de processamento**.

Na avaliação do desempenho cognitivo, apresentou um **défice cognitivo**.

A paciente apresentou na avaliação **ansiedade moderada, depressão normal e uma pobre qualidade de sono**.

A Psicóloga Clínica

A Estagiária de Psicologia

5º Relatório de Avaliação Psicológica

Nome: A. M. P.

Data de Nascimento: 19/04/1957

Idade: 61 anos

Escolaridade: 4º ano (incompleto)

Pedido Formulado: Avaliação Neuropsicológica

Procedimentos de Avaliação:

- *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA);
- Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2);
- Escala de Inteligência de *Weschler* para Adultos (WAIS-III);
- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

Para realizar a avaliação do desempenho cognitivo geral foi administrado o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA). A paciente obteve uma pontuação total de 13 em 30, que se traduz como **Défice Cognitivo** (normal ≥ 26), com maior dificuldade nas tarefas de funcionamento executivo, atenção, memória e abstração.

Relativamente à Avaliação Demencial, procedeu-se à utilização da **Escala de Avaliação da Demência – 2** (DRS-2). Os resultados obtidos revelaram, que a paciente possui défice significativo na área da memória. Nas áreas da perseveração e construção apresenta défice moderado e a área da concetualização apresenta défice ligeiro. A área da atenção encontra-se média baixa. Como resultado final, a paciente apresenta 106 pontos, que se traduz como **Défice Significativo**.

Para a avaliação da velocidade de processamento, foram utilizados dois subtestes da **Escala de Inteligência de *Weschler* para Adultos** (WAIS-III): “Código” e “Pesquisa de Símbolos”. A paciente teve como resultado, uma **Velocidade de Processamento**

Muito Inferior à média (I.V.P.=74), comparativamente com a população geral (no qual a média varia entre 90 e 109).

Para realizar a avaliação dos índices de Ansiedade e Depressão, foi administrado a **Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)**. Através dos resultados obtidos na HADS, foi possível verificar que a paciente obteve uma pontuação de 7 (**Normal**) na **escala de Ansiedade** e 12 (**Moderada**) na **escala de Depressão**.

Conclusão:

A avaliação foi realizada em duas consultas, e a paciente apresentou-se colaborante e com bom contacto ocular. Demonstrou **dificuldade na compreensão de algumas tarefas**, mesmo quando explicadas novamente.

Apresenta uma lentificação significativa na realização das provas, confirmando assim, **défice** ao nível da **velocidade de processamento**.

Os resultados da avaliação do desempenho cognitivo, revelaram alteração em múltiplos domínios, onde a paciente apresentou **défice cognitivo**.

A paciente apresentou **ansiedade normal** e **depressão moderada**.

Recomendamos nova avaliação daqui a um ano.

A Psicóloga Clínica

A Estagiária de Psicologia

Anexo C

Grupo Psicoeducativo de “Cardíacos”

Anexo C1

Plano de Sessões do Grupo de “Cardíacos”

TEMA	TÉCNICO
Sessão de Apresentação; Definição de Objetivos e Regras de Funcionamento; Abordagem das Problemáticas; Psicoeducação sobre Enfarte	Orientadora de Estágio
Ansiedade e Respiração Diafragmática	Orientadora de Estágio
Alimentação	Nutricionista
Relaxamento Progressivo de Jacobson / Relaxamento Imagético	Orientadora de Estágio
Higiene do Sono / Efeitos da Cafeína	Orientadora de Estágio
Importância da Medicação	Orientadora de Estágio
Assertividade	Orientadora de Estágio
Sexualidade	Orientadora de Estágio
Como Lidar com o <i>Stress</i>	Valentina
Perdão e Gratidão	Orientadora de Estágio
Inveja	Orientadora de Estágio
Sessão de Encerramento	Orientadora de Estágio

Anexo D

Grupo Psicoeducativo de Ansiedade

Anexo D1

Plano de Sessões do Grupo de Ansiedade

Data	Tema	Técnico
9/01/2019	Apresentação e Avaliação de Expectativas	Orientadora de Estágio
16/01/2019	Ansiedade e Respiração Diafragmática	Valentina e Cassandra
23/01/2019	Relaxamento Muscular	Valentina e Cassandra
30/01/2019	Relaxamento Imagético	Valentina e Cassandra
06/02/2019	Atribuições	Valentina e Cassandra
20/02/2019	Relacionamento Interpessoal	Valentina e Cassandra
27/02/2019	Assertividade	Valentina e Cassandra
13/03/2019	Treino Resolução de Problemas	Valentina e Cassandra
20/03/2019	Saber dizer não	Valentina e Cassandra
27/03/2019	Como lidar com o <i>stress</i>	Valentina e Cassandra
03/04/2019	Higiene do Sono	Orientadora de Estágio
10/04/2019	Equilíbrio Ocupacional	Terapeuta Ocupacional
24/04/2019	Cognições	Valentina e Cassandra
08/05/2019	Emoções	Valentina e Cassandra
15/05/2019	Auto-estima	Valentina e Cassandra
22/05/2019	Auto-eficácia/Motivação	Valentina e Cassandra
08/05/2019	Memória	Valentina e Cassandra
05/06/2019	Depressão	Valentina e Cassandra
12/06/2019	Perdão	Valentina e Cassandra
19/06/2019	<i>Mindfulness</i> : Atenção Plena	Valentina e Cassandra
26/06/2019	<i>Mindfulness</i> : Plano de 8 semanas	Valentina e Cassandra
10/07/2019	Revisão do Progresso e Finalização	Orientadora de Estágio

Anexo D2

Resumo das Sessões do Grupo de Ansiedade

Sessão 1: Apresentação e Avaliação de Expectativas	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do grupo;▪ Objetivos gerais e objetivos específicos;▪ Temáticas a abordar;▪ Horário e funcionamento.
Sessão 2: Ansiedade e Respiração Diafragmática	<ul style="list-style-type: none">▪ Ansiedade: estado desagradável de agitação interior, sentimento de inquietação e preocupação;▪ Ansiedade de Estado e de Traço;▪ Alterações corporais associadas;▪ Causas, consequências e fatores de risco;▪ Hábitos e cuidados para se libertar da ansiedade;▪ Respiração Diafragmática: promove um estado de relaxamento, o que irá diminuir a ansiedade;▪ Prática da respiração diafragmática.
Sessão 3: Relaxamento Muscular	<ul style="list-style-type: none">▪ Caracterização do relaxamento muscular e seus benefícios;▪ A tensão muscular está associada à tensão mental: os exercícios de relaxamento muscular, permitem incrementar o bem-estar físico e ajudam a minimizar a ansiedade;▪ Aspectos a ter em conta;▪ Prática do relaxamento.
Sessão 4: Relaxamento Imagético	<ul style="list-style-type: none">▪ Caracterização do relaxamento imagético;▪ Através de técnicas de respiração, de exploração sensorial e do imaginário;▪ Recorrendo a estímulos visuais, auditivos, olfativos e táteis;▪ Importância do relaxamento;▪ Prática do relaxamento.

Sessão 5: Atribuições

- Modo como a pessoa explica e/ou atribui significado ao seu comportamento e ao comportamento dos outros;
- Teoria da Atribuição da Causalidade Heider;
- Fatores que contribuem para um acontecimento e crenças associadas;
- Devemos tentar ser o mais realistas possíveis (justificação interna e externa), na maior parte das vezes vários fatores contribuem para um acontecimento;
- Erros no Processo de Atribuição.

Sessão 6: Relacionamento Interpessoal

- Conexão estabelecida entre duas ou mais pessoas, no âmbito: familiar, social e profissional;
- Processo de Autoconhecimento;
- Fatores que influenciam a interação;
- O que se procura quando se relaciona com uma pessoa ou grupo;
- O que prejudica ou beneficia a interação social;
- Aspectos a ter em conta para um bom relacionamento: empatia, adaptação, atenção, manter o respeito, comunicação efetiva, exposição, aceitar as diferenças, respeitar a diversidade e cooperação.

Sessão 7: Assertividade

- Competências assertivas: ser claro, conciso e objetivo;
- Comportamentos assertivos e pouco assertivos;
- Passivo vs. Assertivo vs. Agressivo;
- Vantagens de ser assertivo.

Sessão 8: Treino de Resolução de Problemas

- Caminhada com o objetivo de nos levar a algum lado, diferente do inicial;
 - De que forma a ansiedade afeta a resolução de problemas;
-

-
- Objetivo e fatores que afetam a resolução de determinada situação;
 - Quando nos deparamos com problemas ao longo da vida, tentamos arranjar uma maneira de os solucionar. Mas nem sempre temos os mecanismos necessários para essa resolução;
 - Técnicas e fases para a resolução de problemas.

Sessão 9: Saber Dizer Não

- Forma de estabelecer limites e afirmar o que é importante para nós;
- Dizer “*não*”, não é sinónimo de egoísmo. É ter autoestima e estar alinhado com as próprias vontades;
- Porque é que as pessoas têm tanta dificuldade em dizer “*não*”;
- Importância (assertividade) e consequências;
- Formas de dizer “*não*”, sem utilizar a palavra “*não*”;
- Exercício Prático.

Sessão 10: Como lidar com o *Stress*

- *Stress*: qualquer situação que nos causa tensão ou dificuldade;
- Níveis de *stress* e prevenção do mesmo;
- Fatores de *stress*: acontecimentos, factos, exigências que nos colocam, alterações frequentes, falta de apoio social e má organização do trabalho;
- Sinais e sintomas associados;
- *Stress* vs. Doença;
- Como ultrapassar o *stress*.

Sessão 11: Higiene do Sono

- Introdução ao sono: o que é, importância, fases, qualidade vs. quantidade;
 - Sono e Pesadelos;
-

-
- Distúrbios do sono: síndrome de apneia obstrutiva do sono e perturbação de insónia;
 - Consequências da privação do sono;
 - Dicas práticas para dormir melhor.

Sessão 12: Equilíbrio Ocupacional

- Introdução ao que é a Terapia Ocupacional;
- Campo de intervenção da Terapia Ocupacional;
- Explicação da relação entre desempenho ocupacional, saúde e bem-estar;
- Uso do tempo, ocupações e equilíbrio ocupacional;
- Exercício Prático: A Roda da Vida.

Sessão 13: Cognições

- Habilidades que os seres vivos têm para assimilar e processar os dados que chegam e convertê-los em conhecimento;
- Processos cognitivos que intervêm nas funções cognitivas: percepção, atenção, memória, pensamento, linguagem e aprendizagem;
- Estratégias de como melhorar a cognição;
- Exercícios Práticos.

Sessão 14: Emoções

- As emoções facilitam na: preparação e motivação das ações, avaliação dos estímulos do ambiente de forma rápida, ajuda na manutenção das relações sociais e interpessoais, identificação das intenções das pessoas e resposta adaptativa para lidar com as tarefas quotidianas;
 - Consequências: quando baseadas em aprendizagens prévias, por vezes traumáticas e/ou negativas;
 - Técnicas para desenvolver e melhorar a inteligência emocional;
 - Exercício Prático: Postura.
-

Sessão 15: Autoestima

- Autoestima: avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau;
- Construção da autoestima: respeito, aceitação, avaliação e conhecimento;
- Diferentes tipos de autoestima;
- Comportamento característico de pessoas com baixa, equilibrada e/ou exagerada autoestima;
- Podemos manifestar diferentes tipos de autoestima, conforme o contexto em que nos encontremos;
- Reequilibrar a autoestima;
- Exercício Prático: Reforço do meu valor.

Sessão 16: Autoeficácia e Motivação

- Autoeficácia: crença ou confiança que a pessoa tem na sua capacidade para completar determinada tarefa ou resolver um problema;
- Pessoas com baixa e alta autoeficácia;
- Fontes de autoeficácia;
- Motivação Pessoal: força que direciona praticamente todas as suas ações;
- Hierarquia das necessidades humanas segundo Maslow;
- Dicas para aumentar o nível de motivação.

Sessão 17: Memória

- Processos que permitem a formação e construção de traços mnésicos;
 - Papel determinante na relação com o meio externo;
 - Tipos de memória;
 - Estímulos emocionais na memória;
 - Prejudica: sobrecarga de informação, *stress*, falta de concentração, depressão e ansiedade;
-

-
- O esquecimento faz parte, uma vez que a memória é limitada;
 - Estratégias para melhorar a memória;
 - Exercício Prático.

Sessão 18: Depressão

- Perturbação do humor que se caracteriza por alterações do estado de ânimo e que acarreta prejuízos para a vida psíquica e para o funcionamento comportamental do sujeito;
- Esquemas negativos: pressupostos negativos sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro;
- Causas e consequências;
- Depressão vs. Ansiedade;
- Fatores de Risco;
- Sintomas: psicológicos, físicos e sociais;
- Como reverter.

Sessão 19: Perdão

- Eliminar ressentimento, raiva, rancor ou outro sentimento negativo relativo a determinada pessoa ou a si mesmo;
- Libertar o passado e abrir novos horizontes para o futuro;
- Perdoar não é: dar razão ao outro, esquecer o que nos aconteceu, negar a mágoa, desculpar quem nos ofendeu;
- A quem devemos perdoar;
- Exercício Prático: relaxamento.

**Sessão 20: *Mindfulness* -
Atenção Plena**

- Introdução ao *Mindfulness*;
 - Formas de praticar;
 - Em que consiste o bem-estar: Amabilidade, Compaixão, Alegria e Equanimidade;
 - Contributos e Benefícios;
 - Técnicas para praticar a Atenção Plena;
-

-
- Exercício Prático.

**Sessão 21: *Mindfulness* -
Plano de 8 semanas**

- Introdução ao Plano de 8 semanas do livro *Mindfulness – Atenção Plena – O plano de 8 semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade* do Prof. Dr. Mark Williams e Dr. Danny Penman;
- Exercício Prático.

**Sessão 22: Revisão do
Progresso e Finalização**

- Resumo e enquadramento geral;
 - Atividade prática: fotografias antigas;
 - Finalização e despedida.
-

Anexo D3

Apresentação “Ansiedade e Respiração Diafragmática”

Ansiedade

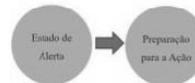


A vida de um ansioso não é o drama que muitos pensam. É a inquietude no coração que poucos sentem.
Matheus Rocha

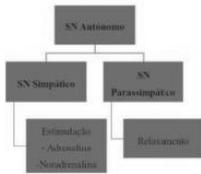
Sessão nº 2
 16 Janeiro 2019

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

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



▶ No processo de luta e fuga, o nosso cérebro envia informações para o SN Autônomo.



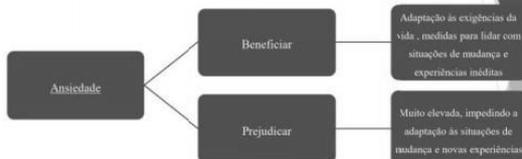
Alterações corporais:



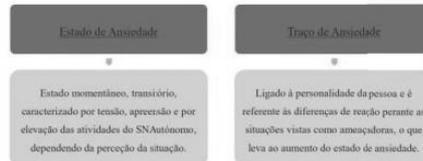
O que é a Ansiedade?

- ▶ Caracterizada por um estado desagradável de agitação interior, presente em vários aspectos da vida do indivíduo.
- ▶ Sentimento de inquietação e preocupação, normalmente generalizado e sem foco, como uma reação exagerada.
- ▶ Ansiedade ≠ Medo → O medo é a resposta a uma ameaça real ou percebida.

A ansiedade é a expectativa de uma futura ameaça.



• Segundo Spielberg et al., a ansiedade pode ser dividida em 2 tipos:



Pessoas que possuem alto traço de ansiedade tendem a perceber maior número de situações como perigosas ou ameaçadoras e, consequentemente, a responder com frequente aumento do estado de ansiedade.

A ansiedade é caracterizada por:



Causas e Fatores de Risco:

- ▶ Genética (histórico familiar);
- ▶ Mentalidade ou modelo de pensamento;
- ▶ Doenças físicas (problemas cardiovasculares, respiratórios);
- ▶ Eventos traumáticos;
- ▶ Tipo de Personalidade;
- ▶ Abuso de substâncias.

Consequências:

- ▶ Intensifica o que o indivíduo está a sentir.
- ▶ Impede que a pessoa desenvolva o seu potencial intelectual.
- ▶ Bloqueia a pessoa, o que poderá impedir uma abertura para a inteligência social.



Hábitos e Cuidados para se libertar da Ansiedade:

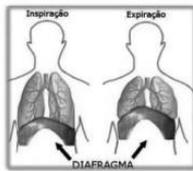


"A ansiedade é um dos problemas de saúde mental mais comuns, e existem mais pessoas com ansiedade do que com depressão. E infelizmente, a ansiedade é muitas vezes esquecida"

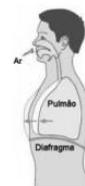
Krakover



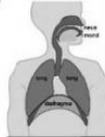
Respiração Diafrágica



Sessão nº 2
16 Janeiro 2019



- ▶ O diafragma é um músculo que separa a cavidade torácica da cavidade abdominal, no entanto a maior parte das pessoas utiliza apenas a respiração torácica, não obtendo uma respiração tão profunda.
- ▶ Pulmões recebem uma maior quantidade de oxigênio
- ↳ relaxamento, ↓ tensão muscular, ↓ ansiedade e stress.
- ▶ Ao estarmos relaxada, a pessoa consegue pensar mais claramente e funcionar melhor.



Exercício - Respiração:

1. Encontre uma posição confortável, sentado ou deitado
2. Coloque-se de forma confortável e com a postura reta, sentado ou deitado.
3. Coloque a mão no abdômen, uma vez que ajuda a sentir o movimento da barriga.
4. Tente relaxar, pode fechar os olhos e concentrar-se num ponto fixo imaginário.

5. Inspire pelo nariz até encher os pulmões, faça-o devagar, sinta o ar a descer até ao abdômen e a encher os seus pulmões por completo. Conte até 4 enquanto inspira.

6. Mantenha o ar dentro do pulmão por 4 tempos, tendo o pulmão e barriga cheios.

7. Expire pela boca; solte o ar dos pulmões em 6 tempos, de forma a esvaziar o pulmão e a barriga completamente.

8. Repita isto 2 vezes, em seguida pode respirar pela barriga, sem contar os tempos.

9. Deve estar atento aos movimentos do seu corpo. O ideal é realizar esta respiração sem deixar o tórax elevar-se e os ombros devem manter-se ao mesmo nível.



Vídeo Respiração Diafrágica



Sugestão: Pratique 5 minutos durante o dia e antes de dormir, para proporcionar relaxamento antes do sono → melhora o humor e o funcionamento.

Anexo D4

Folheto informativo “Ansiedade e Respiração Diafragmática”

Respiração Diafragmática

A maior parte das pessoas utiliza apenas a respiração torácica, não obtendo uma respiração tão profunda.

Na respiração diafragmática os pulmões recebem uma maior quantidade de oxigênio:

- ✓ Aumento do relaxamento;
- ✓ Redução da tensão muscular;
- ✓ Redução da ansiedade;
- ✓ Redução do stress.

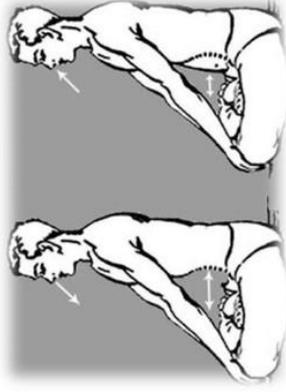
Ao estar mais relaxada, consegue pensar mais claramente e funcionar melhor.

Inspiração:

O ar deverá entrar pelo nariz, deslocando a barriga para fora

Expiração:

O ar deverá sair pela boca, deslocando a barriga para dentro



Ansiedade e Respiração Diafragmática

1. Coloque-se de forma confortável;

2. Coloque a mão no abdômen, para sentir o movimento da barriga;

3. Tente relaxar, pode fechar os olhos;

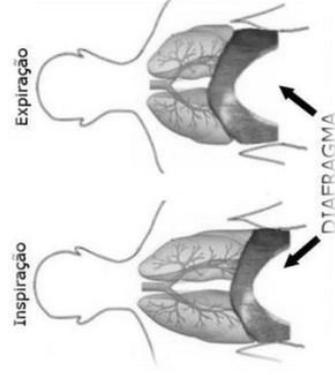
4. Inspire devagar pelo nariz até encher os pulmões, sinta o ar a descer até ao abdômen e a encher os seus pulmões por completo. Conte até 4 enquanto inspira.

5. Mantenha o ar dentro do pulmão por 4 tempos, tendo o pulmão e barriga cheios.

6. Expire pela boca, solte o ar dos pulmões em 6 tempos, de forma a esvaziar o pulmão e a barriga completamente.

7. Repita isto 2 vezes, em seguida pode respirar pela barriga, sem contar os tempos.

8. Deve estar atento aos movimentos do seu corpo, não deixe o tórax elevar-se e os ombros devem manter-se ao mesmo nível.



O que é a Ansiedade?

Quando nos sentimos ameaçados o cérebro responde, de forma a que o nosso organismo esteja preparado para a luta ou fuga, havendo uma série de alterações corporais que o preparam para a ação.

Alterações corporais, como:

- ✓ Aumento da Frequência Respiratória;
- ✓ Aumento do Ritmo Cardíaco;
- ✓ Aumento da Tensão Muscular;
- ✓ Alterações Digestivas;
- ✓ Sudação da pele.

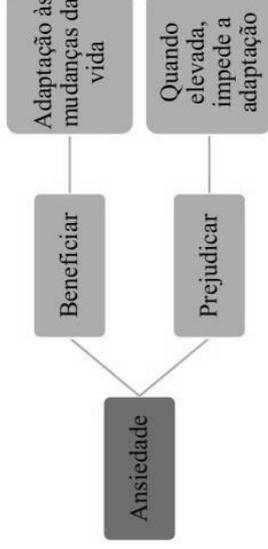
A ansiedade é caracterizada por um estado desagradável de agitação interior, presente em vários aspetos da vida do indivíduo.

Um sentimento de inquietação e preocupação, normalmente generalizado e sem foco, como uma reação exagerada.

A ansiedade é a expectativa de uma futura ameaça.

Consequências da ansiedade:

- ✓ Intensifica o que o indivíduo está a sentir.
- ✓ Impede que a pessoa desenvolva o seu potencial intelectual.
- ✓ Bloqueia a pessoa, o que poderá impedir uma abertura para a inteligência social.



A ansiedade é caracterizada por:

- ✓ Pensamentos descontrolados;
- ✓ Inquietação;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Fadiga;
- ✓ Esquecimento;
- ✓ Baixa concentração;
- ✓ Alteração do sono;
- ✓ Tensão muscular.

“A ansiedade é um dos problemas de saúde mental mais comuns, e existem mais pessoas com ansiedade do que com depressão. E infelizmente, a ansiedade é muitas vezes esquecida”

Krakower



Causas e Fatores de Risco:

- ✓ Genética;
- ✓ Doenças físicas;
- ✓ Eventos traumáticos;
- ✓ Tipo de Personalidade;
- ✓ Abuso de substâncias.

Anexo D5

Apresentação “Relaxamento Muscular”



Relaxamento Muscular

Sessão nº 3
23 Janeiro 2019

Relaxamento Muscular

- Ocorre quando a contração de um músculo finaliza;
- A tensão vai reduzindo até desaparecer → através de diversos exercícios;
- Tensão muscular associada à tensão mental: os exercícios de relaxamento muscular, por conseguinte, não só permitem incrementar o bem-estar físico, como também ajudam a minimizar a ansiedade;



Objetivo: ajudar a obter o alívio de sintomas de ansiedade com a utilização de técnicas de relaxamento muscular.

Relaxamento Muscular



Relaxamento muscular



Relaxamento muscular

Progressivo de Jacobson:

- Aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes 2 estados;
- Permite à pessoa reconhecer quando se encontra muito tensa e instruí-la para relaxar, reduzindo o nível de ansiedade;
- Identificação do estado de tensão de cada parte do corpo;
- Jacobson sentiu que relaxar os músculos pode também relaxar a mente.



<https://thumbs.gfycat.com/NumbleDerryChamvis-small.gif>

<https://gfycat.com/alarmedredlabradorretriever>

<https://gfycat.com/difficultplushbarnswal>

Relaxamento muscular – Parte prática



<https://www.youtube.com/watch?v=EqPyyh9s88A&t=2618s>

Se estás deprimido, estás a viver o passado.
Se estás ansioso, estás a viver o futuro.
Se estás em paz, estás a viver o presente.

Laos-Tse

PENSADOR

Anexo D6

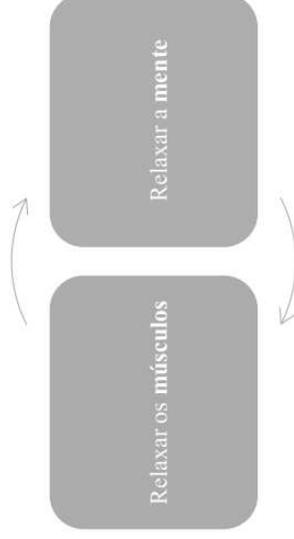
Folheto informativo “Relaxamento Muscular”

Relaxamento Muscular (Progressivo de Jacobson)

Aprender a **contrair e descontraír** vários grupos de músculos em todo o corpo, aprendendo a distinguir as sensações de **tensão e relaxamento**.

Permite à pessoa:

- ✓ Reconhecer quando se encontra muito tensa e instruir-se para relaxar;
- ✓ Identificar o estado de tensão de cada parte do corpo;
- ✓ Reduzir os níveis de ansiedade.



Relaxamento Muscular

Mãos
Braços
Ombros

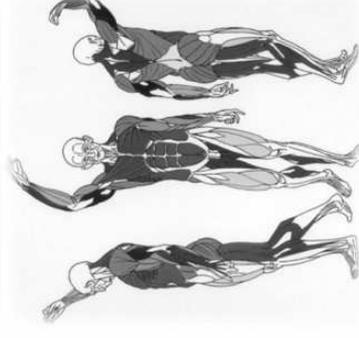


Testa
Olhos
Nariz

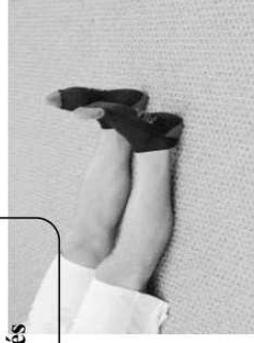


Boca
Maxilar
Pescoço

Costas
Abdômen
Tórax



Coxas
Pernas
Pés



Relaxamento Muscular



Ocorre quando a contração de um músculo finaliza;

- ✓ Através de diversos exercícios a tensão vai reduzindo até desaparecer;
- ✓ **Tensão muscular** associada à **tensão mental**: os exercícios de relaxamento muscular, por conseguinte, não só permitem incrementar o bem-estar físico, como também ajudam a minimizar a ansiedade.

O corpo responde com tensão muscular aos pensamentos e aos eventos que provocam ansiedade.

A tensão fisiológica aumenta a experiência subjetiva da ansiedade.

O relaxamento muscular profundo reduz a tensão fisiológica.

Efeitos do relaxamento muscular:

↓
Frequência respiratória,
Transpiração,
Pressão sanguínea,
Ansiedade.

"Se estás **deprimido**, estás a viver o passado.
Se estás **ansioso**, estás a viver o futuro.
Se estás **em paz**, estás a viver o presente." (Lao-Tsé)



Anexo D7

Apresentação “Relaxamento Imagético”

RELAXAMENTO IMAGÉTICO

Sessão nº 4
30 Janeiro



RELAXAMENTO IMAGÉTICO



- Promoção de bem-estar e redução do stress e ansiedade → permitindo uma maior consciência corporal e de si como um todo singular.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

A visualização é uma forma de energia que cria a vida e os seus eventos. Tudo é energia, e a nossa mente cria o mundo, assim como um projetor de filmes projeta um mundo numa tela em branco.
(Shakti Gawain)



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

- O relaxamento e a visualização são técnicas que visam ajudar os pacientes na gestão da ansiedade, através da reeducação, mudança de atitude e reprogramação mental;
- A mente através dos pensamentos, imagens, crenças, memórias e emoções, pode alterar a estrutura bioquímica e o sistema nervoso.

Processo de pensamento que invoca e usa os sentidos: visão, audição, olfato, paladar, sentidos do movimento, posição e tato. É considerado o mecanismo de comunicação entre percepção, emoção e mudança corporal.

Tipo de pensamento usado, para fazermos contato com a nossa realidade subjetiva interna, sendo a expressão mental de um sentimento que também se apresenta no físico.

- Todas as pessoas visualizam ... os sonhos, as lembranças ... Você pode aproveitar as suas visualizações e utilizá-las conscientemente para melhorar a sua vida e você mesmo.

As técnicas de relaxamento e visualização tornam-se um recurso complementar no processo integrativo entre Mente e Corpo.

Anexo D8

Folheto informativo “Relaxamento Imagético”

Relaxamento Imagético

Processo de pensamento que invoca e usa os sentidos: visão, audição, olfato, paladar, sentidos do movimento, posição e tato. É considerado o **mecanismo de comunicação** entre percepção, emoção e mudança corporal.

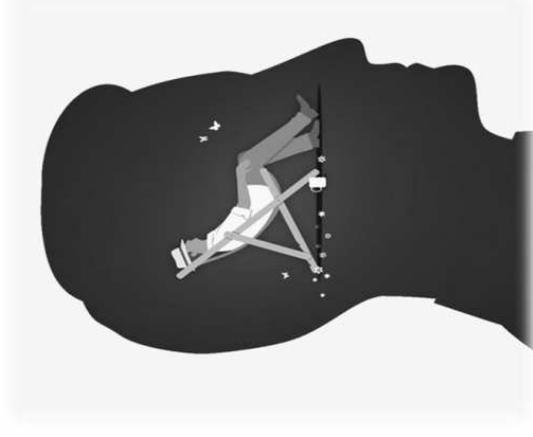
- ✓ O **relaxamento** e a **visualização** são técnicas que visam ajudar os pacientes na gestão da ansiedade, através da reeducação, mudança de atitude e reprogramação mental



Relaxamento Imagético

A mente através dos **pensamentos, imagens, crenças, memórias e emoções**, pode alterar a estrutura bioquímica e o sistema nervoso.

A visualização é uma forma de energia que cria a vida e os seus eventos. Tudo é energia, e a nossa mente cria o mundo, assim como um projetor de filmes projeta um mundo numa tela em branco (Shakti Gawain).



Relaxamento Imagético



Promoção de bem-estar e redução do stress e ansiedade, permitindo uma maior consciência corporal e de si como um todo.

- ✓ Trata-se de uma técnica preventiva indicada para qualquer indivíduo;
- ✓ Recorre a estímulos visuais, auditivos, olfativos e tácteis,
- ✓ Utiliza técnicas de respiração, de exploração sensorial e do imaginário.



Todas as pessoas visualizam.. os sonhos, as lembranças.. Você pode aproveitar as suas visualizações e utilizá-las conscientemente para melhorar a sua vida e você mesmo.

Anexo D9

Apresentação “Atribuições”

ATRIBUIÇÕES

Sessão nº 5
6 Fevereiro 2019

A Teoria da Atribuição

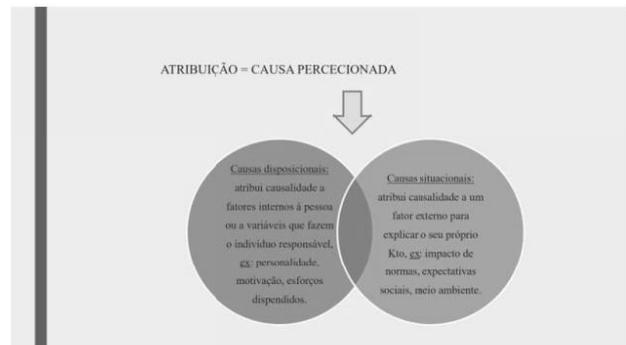
- Dar sentido ao que fazemos;
- Modo como a pessoa explica e/ ou atribui significado ao seu Kto e ao Kto dos outros;
- Supõe que os indivíduos manifestam necessidade, não apenas de compreender as suas experiências, como também de determinar as causas dos acontecimentos.



Teoria da Atribuição da Causalidade – Heider (1958)



- Com o objetivo de dar sentido ao mundo, as pessoas tentam encontrar as relações de causa-efeito;
- Busca de justificação acerca da razão dos acontecimentos;
- O ser humano envia os esforços necessários para explicar os acontecimentos que presencia e, estabelece uma diferenciação entre as causas.



Em complementação aos estudos de Heider, Weiner (1979) estabeleceu 3 dimensões na estrutura da atribuição da causalidade.

Dimensões de atribuição das causas	Causas atribuídas às dimensões
1. Causalidade	Internas ou Externas
2. Estabilidade	Estáveis ou Instáveis
3. Controlabilidade	Controláveis ou Incontroláveis

- 2. probabilidade da causa se manter a mesma num futuro próximo, ou mudar.
- 3. possibilidade da pessoa controlar a causa do que ocorre.

- Weiner sugere que, quando um indivíduo tem êxito, tende a atribuir o seu sucesso a fatores internos, mas quando outra pessoa tem êxito, o sucesso é atribuído a fatores externos, como a sorte ou as circunstâncias.
 - Quando um indivíduo falha ou não tem êxito, normalmente recorre à atribuição externa e, em vez de se sentir culpado, atribui a causa a fatores externos ou às circunstâncias → **Enviessamento Atribucional Egocêntrico.**
- 

- O sujeito, diante de qualquer acontecimento ou situação de sucesso ou de fracasso, pergunta-se sobre as razões de tal ter acontecido (Barros e Barros, 1996).
- Em geral as pessoas tendem a atribuir os bons resultados a causas internas e os maus a causas externas, para manter a sua auto-estima.
- Também o processo de busca da causalidade difere de pessoa para pessoa e mesmo conforme a situação sócio-cultural; a mesma causa pode exprimir diferentes significados em diversos contextos (Barros e Barros, 1996).

ERROS NO PROCESSO DE ATRIBUIÇÃO

Erro Fundamental de Atribuição	Enviessamento Cultural	Diferença no Ator/Observador
- Tendência para subestimar os fatores externos e sobrestimar os fatores internos ao tentar explicar o Kto de outro indivíduo. - Exemplo	- Pessoas da América do Norte e da Europa Ocidental têm uma cultura mais individualista, enquanto as pessoas da América Latina, Ásia e África têm tendência para viver em culturas mais coletivistas.	- Ainda que o indivíduo esteja na mesma situação de outra pessoa, a atribuição pode variar dependendo de essa pessoa ser o ator ou o observador da situação. - Exemplo

Atribuição de Causalidade



1. Atividade amplamente difundida no dia-a-dia;
2. Podem não ser exatas, sendo frequentemente sujeitas a erros;
3. As pessoas comportam-se em função do modo como percebem e interpretam os factos;
4. A atividade atribucional desempenha uma função adaptativa.

Diferenças na Teoria da Atribuição Causal

- A mesma pessoa pode fazer atribuições causais diferentes para eventos semelhantes.
- Diferentes pessoas podem fazer atribuições causais diferentes para o mesmo evento.
- Dependendo de como interpretamos os Ktos de outras pessoas, pensaremos de uma maneira ou de outra sobre elas.

- Ao interpretar Ktos, usamos preconceitos que nos levam a atribuições erradas.
- Essas atribuições são motivadas pelas nossas crenças anteriores.
- As atribuições causais irão influenciar o nosso relacionamento com as pessoas cujos Ktos avaliamos.



“A maneira como a pessoa explica ou atribui o seu desempenho afeta as suas expectativas e reações emocionais, que, por sua vez, influenciam a futura motivação para a realização”

(Weinberg & Gould, 2001, p. 84).

Referências Bibliográficas

- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons. ISBN 0-471-36833-4;
- Weiner, B. (1979). A Theory of Motivation for Some Classroom Experiences. *Journal Of Educational Psychology*, 3-25;
- Weinberg, R. S. & Gould, D. (2001). *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

Anexo D10

Folheto informativo “Atribuições”

Enviesamento Atribucional

Egocêntrico:

Quando um indivíduo falha ou não tem êxito, normalmente recorre à atribuição externa e, em vez de se sentir culpado.

“A maneira como a pessoa explica ou atribui o seu desempenho afeta as suas expectativas e reações emocionais, que, por sua vez, influenciam a futura motivação para a realização”

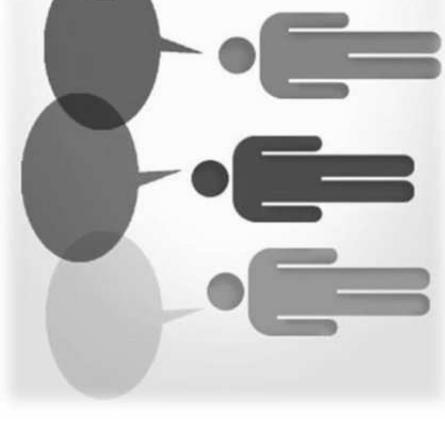
(Weinberg & Gould, 2001)

Erro Fundamental de Atribuição:

Tendência para subestimar os fatores externos e sobrestimar os fatores internos ao tentar explicar o comportamento de outro indivíduo.

Diferença no Ator/Observador:

Ainda que o indivíduo esteja na mesma situação de outra pessoa, a atribuição pode variar dependendo de essa pessoa ser o ator ou o observador da situação.



ATRIBUIÇÕES

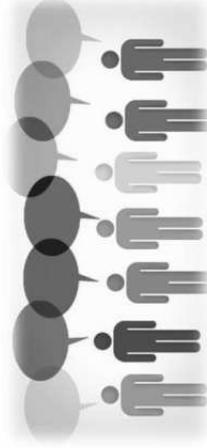
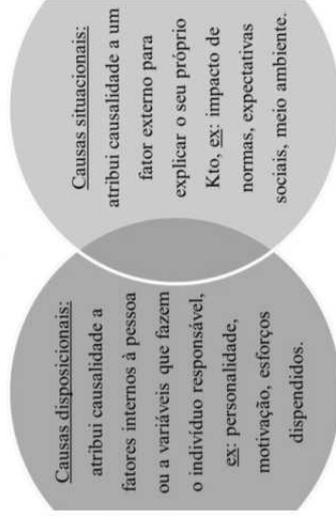
Sessão nº 5

6 Fevereiro 2019

Teoria da Atribuição

- Dar sentido ao que fazemos;
- Modo como a pessoa explica e/ ou atribui significado ao seu Kto e ao Kto dos outros;
- Supõe que os indivíduos manifestam necessidade, não apenas de compreender as suas experiências, como também de determinar as causas dos acontecimentos.

ATRIBUIÇÃO = CAUSA PERCECIONADA



- Quando um indivíduo tem êxito, tende a atribuir o seu sucesso a fatores internos, mas quando outra pessoa tem êxito, o sucesso é atribuído a fatores externos, como a sorte ou as circunstâncias.

- Quando um indivíduo falha ou não tem êxito, normalmente recorre à atribuição externa e, em vez de se sentir culpado, atribui a causa a fatores externos.

- Em geral as pessoas tendem a atribuir os bons resultados a causas internas e os maus a causas externas, para manter a sua auto-estima.

Diferenças na Teoria da

Atribuição Causal

- A mesma pessoa pode fazer atribuições causais diferentes para eventos semelhantes.
- Diferentes pessoas podem fazer atribuições causais diferentes para o mesmo evento.
- Dependendo de como interpretamos os comportamentos de outros, pensaremos de determinada forma sobre eles.
- Ao interpretar comportamentos, usamos preconceitos que nos levam a atribuições erradas.
- Essas atribuições são motivadas pelas nossas crenças anteriores.
- As atribuições causais irão influenciar o nosso relacionamento com as pessoas cujos comportamentos avaliamos.

Anexo D11

Apresentação “Relacionamento Interpessoal”



RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Sessão nº 6
20 Fevereiro 2019

- O ser humano é dependente das interações sociais para sobreviver, logo o grau de interação social é determinante de como será a sua qualidade de vida.
- Uma pessoa com dificuldades em criar ou sustentar relacionamentos, tende a desenvolver problemas como a baixa autoestima e a depressão.
- Embora o ser humano seja um ser sociável, todo o relacionamento é complexo as pessoas são diferentes, agem, pensam e comportam-se de forma diferente.



Relacionamento Interpessoal

- Trata-se da conexão estabelecida entre duas ou mais pessoas, no âmbito:
 - Familiar
 - Social
 - Profissional
- A maneira como nos relacionamos com os outros e a qualidade dessas relações é muito importante para um bom relacionamento interpessoal.



Relacionamento Interpessoal

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

Quando nos relacionamos com uma pessoa ou grupo, procuramos:



Autoconhecimento



- Para que exista um bom relacionamento com os outros, é crucial que a pessoa seja capaz de se conhecer a si própria, bem como ter a capacidade para refletir sobre si mesma, a nível sentimental e emocional.
- Permite estabelecer um relacionamento mais eficaz proporcionando um processo contínuo de aprendizagem, e encontrar soluções.
- É fundamental conhecermos quais são os nossos pontos, inseguranças e limitações, para estarmos mais aptos para superar as nossas dificuldades e mais preparados para tomar decisões.

Autoconhecimento



- Ao conhecermo-nos, conseguimos observar com mais clareza os relacionamentos externos (trabalho ou vida pessoal).
- Traz competências para detetar e nivelar comportamentos, resolver problemas e conflitos, melhorar abordagens e a comunicação entre pessoas, contribuindo, assim, para relacionamentos interpessoais mais saudáveis.
- Traz a compreensão da necessidade de socialização e amplia o campo de visão, fazendo com que tenhamos uma melhor perceção das qualidades daqueles que nos rodeiam e também a aceitação de seus defeitos.

Autoconhecimento



FOR QUE VÓCE SEMPRE ESTÁ TÃO DISPONTE A ME CRITICAR?
 ACHO QUE TENHO UM TALENTO ESPECIAL PARA ENCONTRAR DEFREITOS NAS PESSOAS...
 MAS É OS SEUS DEFREITOS?
 TENHO UM TALENTO ESPECIAL PARA ENCONTRAR DEFREITOS NAS PESSOAS... MAS É OS SEUS DEFREITOS?

Interação Social



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



Aspetos a ter em conta para um bom relacionamento

- Empatia
- Adaptação
- Atenção
- Manter o respeito
- Comunicação efetiva
- Exposição
- Aceitar as diferenças
- Respeitar a diversidade
- Cooperação



Empatia	Adaptação
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidade de nos colocarmos no lugar do outro. ✓ Cada um de tem características que nos tornam pessoas únicas. ✓ É crucial aceitar as diferenças dos outros, respeitando e compreendendo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É importante que consigamos adaptar o nosso discurso de acordo com a situação em que nos encontramos. ✓ Ao sermos claros e objetivos as outras pessoas conseguem compreender-nos melhor, facilitando a comunicação.



Manter o Respeito	Comunicação Efetiva
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seja qual for o problema, jamais perca o respeito ou se deixe levar pela raiva ou pela insatisfação. ✓ Não faça aos outros, o que não gostaria que fizessem consigo, pois alimentar um ciclo de desrespeito só gera mais falta de entendimento. ✓ O respeito é a chave para a construção de relações positivas e duradouras. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A comunicação, verbal ou não verbal, gera vínculo entre as pessoas e os grupos. ✓ Representa ouvir e ser ouvido, criar um ambiente de respeito, onde as pessoas são capazes de trocar ideias, conhecimentos e experiências de forma recíproca. ✓ <i>Prezar</i> por uma boa comunicação faz com que as relações interpessoais sejam construtivas e positivas.



Exposição	Aceitar as Diferenças
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ao expormos as nossas ideias e opiniões em determinado contexto, mantemo-nos membros ativos da conversa. ✓ Ao falarmos sobre nós mesmos, os outros sentem que confiamos neles, facilitando a aproximação e partilha. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convivermos com pessoas com personalidades diferentes nem sempre é um aspeto negativo, uma vez que pode contribuir para a aprendizagem e partilha de opiniões. ✓ Mesmo quando temos de lidar com alguém que não nos agrada, devemos fazer um esforço para manter a tolerância, uma vez que podemos ser surpreendidos.



Respeitar a Diversidade	Atenção	Cooperação
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada pessoa tem a sua origem e a sua história, que merece ser respeitada (respeitar as diferenças). ✓ Independente da crença, origem, religião ou ideologia política. ✓ Entender as diferenças e encontrar os pontos em comum (aprendizagem e crescimento). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É importante estarmos atentos e abertos a toda a informação que nos é transmitida (demonstra interesse). ✓ Ao ser bom ouvinte, os outros sentem-se compreendidos, revelando preocupação e consideração pela sua opinião. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todo o relacionamento interpessoal envolve troca, e quando cada um dá o seu melhor, as relações fortalecem e tornam-se positivas (dar e receber).

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



Anexo D12

Folheto informativo “Relacionamento Interpessoal”

Aspetos a ter em conta para um bom relacionamento

- ✓ Empatia: Capacidade de nos colocarmos no lugar do outro. Aceitar as diferenças dos outros, respeitando e compreendendo.
- ✓ Adaptação: Adaptar o discurso. Ao sermos claros/objetivos os outros conseguem compreender-nos melhor, facilitando a comunicação.
- ✓ Atenção: Ao ser bom ouvinte, os outros sentem-se compreendidos, revelando preocupação e consideração.
- ✓ Manter o respeito: O respeito é a chave para a construção de relações positivas e duradouras.
- ✓ Comunicação efetiva: Ouvir e ser ouvido, criar um ambiente de respeito, onde as pessoas são capazes de trocar ideias, conhecimentos e experiências, origina relações construtivas e positivas.
- ✓ Exposição: Ao falarmos sobre nós mesmos, os outros sentirão que confiamos neles, facilitando a aproximação e partilha.

- ✓ Acceptar as diferenças: Convivermos com pessoas com personalidades diferentes nem sempre é um aspeto negativo, pois pode contribuir para a aprendizagem e partilha.
- ✓ Respeitar a diversidade: Cada pessoa tem a sua origem e a sua história. É crucial entender as diferenças e encontrar os pontos em comum (aprendizagem e crescimento).
- ✓ Cooperação: Todo o relacionamento interpessoal envolve troca, e quando cada um dá o seu melhor, as relações fortalecem e tornam-se positivas (dar e receber).



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

Relacionamento Interpessoal



Relacionamento Interpessoal

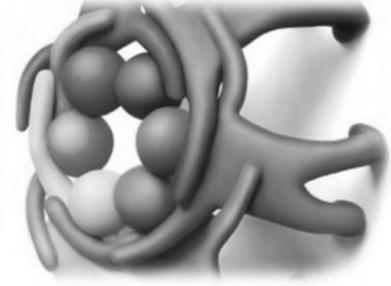
Trata-se da conexão estabelecida entre duas ou mais pessoas, no âmbito:

- Familiar
- Social
- Profissional

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

Quando nos relacionamos com uma pessoa ou grupo, procuramos:

- Ser aceite, apesar das nossas diferenças;
- Ser membro ativo dessa relação;
- Ser valorizado.



Autoconhecimento

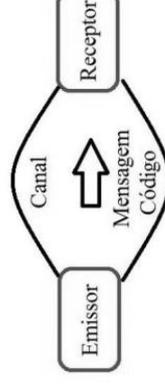


- É crucial que a pessoa seja capaz de se conhecer a si própria, bem como ter a capacidade para refletir sobre si mesma, a nível sentimental e emocional.
- Ao conhecermo-nos, conseguimos observar com mais clareza os relacionamentos externos.
- Traz competências para detetar e nivelar comportamentos, resolver problemas e conflitos, melhorar abordagens e a comunicação, contribuindo para relacionamentos interpessoais mais saudáveis.
- Traz a compreensão da necessidade de socialização e amplia o campo de visão, fazendo com que tenhamos uma melhor perceção das qualidades daqueles que nos rodeiam e também a aceitação de seus defeitos.

Interação Social



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



Anexo D13

Apresentação “Assertividade”

Assertividade



Sessão nº 7
27 Fevereiro 2019

Assertividade

- ▶ Capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum (Lazarus, 1971);
- ▶ Afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas .



Falta de assertividade resulta, assim, de um condicionamento inibitório da expressão de emoções e conduz a inaptações na vida do indivíduo.

Resposta assertiva → inibidora da ansiedade!

Assertividade

Responder assertivamente a pessoas e acontecimentos é um dos critérios para o **sucesso pessoal**.



Para aprender a desenvolver a sua própria capacidade de ser assertivo deve, em 1º lugar, fazer um balanço do seu comportamento. Na base deste comportamento estão duas formas de respeito:

Respeito próprio na forma de expressar os seus pontos de vista, interesses, direitos e gostos, etc.;

Respeito pelos outros, pelos seus pontos de vista, interesses, direitos e gostos, etc.

Assertividade

- ▶ Identificação das áreas em que existe défice assertivo;
- ▶ Analisa os fatores que impedem o indivíduo de se expressar de forma adequada;
- ▶ Operar sobre esses fatores.

Resposta assertiva envolve a defesa das opiniões do próprio, sem deixar de ter consideração pelo outro. O indivíduo expressa, assim, as suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e crenças de forma direta e apropriada.

- ▶ **Objetivo:** mudar a forma como o indivíduo se vê a si próprio, aumentar a sua capacidade de afirmação, permitir que este expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos e, posteriormente, estabelecer a autoconfiança.

	PASSIVO	AGRESSIVO	ASSERTIVO
Características do comportamento	Não expressa desejos, ideias e sentimentos ou expressa-os de forma auto-depreciativa.	Expressa desejos, ideias e sentimentos à custa dos outros.	Expressa desejos, ideias e sentimentos de forma direta e apropriada.
Objetivos	Objetivo: agradar	Objetivo: dominar ou humilhar	Objetivo: comunicar
Sentimentos do próprio	Ansioso, desapontado, comigo próprio.	Convencido da sua superioridade.	Confiante, sentimentos positivos acerca de si próprio.
Sentimentos do interlocutor	Frequentemente revulso e amargurado depois do comportamento do outro.	Revolta, desejo de vingança.	Habitualmente, respeito.
Resultado final	Estabelecimento de relações desagradáveis, evitamento de conflitos, tensão e conflito.	Descarga da revolta, sentimento de superioridade.	Sentimentos positivos, respeito dos outros, aumento de autoconfiança, promoção de relacionamentos.



Ser assertivo:

- ▶ Anular a tendência em elaborar juízos de valor a propósito dos outros e das situações;
- ▶ Utilizar sintonia entre a forma e o conteúdo da comunicação, ou seja, não utilizar um tom de voz, gestos, olhar, etc., opostos ao que se pretende dizer pela palavra;
- ▶ Facilitar a expressão dos sentimentos dos outros;
- ▶ Gerir os conflitos e procurar soluções.

É SER AUTÉNTICO E EXPRESSAR OS SEUS SENTIMENTOS!

Ser assertivo:

As respostas assertivas incluem:

- Expressão direta de pensamentos e sentimentos;
- Escuta do outro;
- Elaboração de questões abertas que visam conhecer as opiniões e desejos do outro (ex: "O que pensas sobre...?");
- Frases curtas e directas;
- Expressões iniciadas por eu;
- Distinção entre factos e opiniões (ex: "A minha opinião...");
- Sugestões e críticas construtivas que se centram na ação do outro e não na culpa exclusiva.

Exige também que a pessoa esteja consciente das consequências resultantes da expressão da sua opinião naquela situação.



Vantagens da Assertividade



Resumo: Assertividade

Comportamentos Assertivos	Comportamentos Pouco Assertivos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expressar sentimentos pessoais de forma autêntica; ✓ Assumir responsabilidade pelos seus atos; ✓ Saber dar e receber críticas; ✓ Comunicar de forma direta e objetiva as tarefas a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldade em olhar os outros de frente; ✓ Dificuldade em iniciar ou manter um diálogo; ✓ Incapacidade de escutar; ✓ Posicionamento rígido, ativo e intransigente; ✓ Gestos desadequados ou agressivos.

Importa realçar que, o comportamento assertivo é um comportamento aprendido e situacionalmente específico (Galassi & Galassi, 1977).



Anexo D14

Folheto informativo “Assertividade”

Resposta assertiva envolve a defesa das opiniões do próprio, sem deixar de ter consideração pelo outro. O indivíduo expressa, assim, as suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e crenças de forma direta e apropriada.

Importa realçar que, o comportamento assertivo é um comportamento aprendido e situacionalmente específico.

(Galassi & Galassi, 1977)



Para se ser assertivo é importante:

1. Identificar as áreas em que existe défice assertivo;
2. Analisar os fatores que impedem o indivíduo de se expressar de forma adequada;
3. Operar sobre esses fatores.

ASSERTIVIDADE

Sessão nº 7

27 Fevereiro 2019

Ser Assertivo

- Anular a tendência em elaborar juízos de valor a propósito dos outros e das situações;
- Utilizar sintonia entre a forma e o conteúdo da comunicação, ou seja, não utilizar um tom de voz, gestos, olhar, etc., opostos ao que se pretende dizer pela palavra;
- Facilitar a expressão dos sentimentos dos outros;
- Gerir os conflitos e procurar soluções.

Respostas Assertivas incluem:

- Expressão direta de pensamentos e sentimentos;
- Escuta do outro;
- Elaboração de questões abertas que visam conhecer as opiniões e desejos do outro (ex: “O que pensas sobre...”);
- Frases curtas e diretas;
- Expressões iniciadas por eu;
- Distinção entre factos e opiniões (ex: “A minha opinião...”);
- Sugestões e críticas construtivas que se centram na ação do outro e não na culpa excessiva.

Vantagens da Assertividade:

- Aumento de sentimentos de autoconfiança e autoestima;
- Melhora qualidade dos relacionamentos;
- Reações positivas dos outros;
- Diminuição da ansiedade em situações sociais.



Anexo D15

Exercício Prático “Assertividade”

Exercício Prático: Estilos de comunicação

Responda **verdade** se pensa ou atua a maior parte das vezes; Responda **falso** se só raramente atua da maneira descrita.

	QUESTÕES	VERDADEIRO	FALSO
1	Digo muitas vezes sim quando, no fundo quero dizer não.		
2	Defendo os meus direitos, sem atentar aos direitos dos outros.		
3	Quando não conheço bem uma pessoa, prefiro dissimular o que penso ou sinto.		
4	Sou, na maior parte das vezes, autoritário e decidido.		
5	Geralmente é mais fácil e mais engenhoso atuar por interposta pessoa do que diretamente.		
6	Não receio criticar os outros e dizer-lhes o que penso.		
7	Não ousa recusar certas tarefas que não fazem parte das minhas atribuições.		
8	Não tenho receio de manifestar a minha opinião, mesmo perante interlocutores hostis.		
9	Quando há debate, prefiro retrair-me e "ver o que é que a coisa dá".		
10	Várias vezes me censuram por ter espírito de contradição.		
11	Tenho dificuldade em escutar os outros.		
12	Faço tudo o que posso para ficar "no segredo dos deuses" e tenho-me dado bem com isso.		
13	Consideram-me em geral como bastante "manhoso" e hábil na relação com os outros.		
14	Mantenho com os outros relações mais fundadas sobre a confiança do que sobre a dominação ou calculismo		
15	Prefiro nunca pedir ajuda a um colega. Ele poderá pensar que eu não sou competente.		
16	Sou tímido e tenho grandes bloqueios quando tenho que realizar uma ação pouco habitual.		
17	Chamam-me por alcunha, fico enervado e isso faz rir os outros.		
18	Sinto-me bastante à vontade nas relações face a face.		
19	Faço "fitas" muitas vezes: é a melhor maneira de conseguir o que quero.		
20	Sou um "fala barato" e corto a palavra aos outros sem dar conta disso.		
21	Sou ambicioso e estou pronto a fazer o que for necessário para realizar os meus objetivos.		
22	Em geral sei o que é preciso fazer; isso é importante para ser bem sucedido.		
23	Em caso de desacordo, procuro os compromissos realistas assentes na base dos interesses mútuos.		
24	Prefiro "por as cartas na mesa".		
25	Tenho tendência para deixar para mais tarde as coisas que tenho de fazer.		
26	Deixo muitas vezes um trabalho a meio sem o acabar.		
27	Em geral mostro aquilo que sou sem dissimular os meus sentimentos.		
28	É preciso muita coisa para me intimidarem.		
29	Meter medo aos outros pode ser um bom meio para garantir o poder.		
30	Quando me "levam à certa" uma vez, vingó-me na próxima.		
31	Quando se critica alguém é muito eficaz censurar-lhe o facto de ele não conseguir os seus próprios princípios. Forçamo-lo assim a estar de acordo		
32	Sei tirar partido do "sistema"; Sou desenrascado.		
33	Sou capaz de ser eu próprio, continuando a ser aceite socialmente.		
34	Quando não estou de acordo sei dizê-lo desapaixonadamente e com clareza.		
35	Tenho preocupações em não incomodar os outros.		
36	Tenho sérias dificuldades em fazer opções.		

37	Não gosto de ser a última pessoa de um grupo a pensar de determinada maneira; nesse caso prefiro retirar-me.		
38	Não tenho receio de falar em público.		
39	A vida é uma selva.		
40	Não tenho receio de enfrentar desafios perigosos e arriscados		
41	Criar conflitos pode ser mais eficaz do que reduzir as tensões.		
42	A franqueza é a melhor maneira de ganharmos confiança nas nossas relações com os outros.		
43	Sei escutar e não corto a palavra aos outros		
44	Levo até ao fim aquilo que decidi fazer.		
45	Não tenho medo de exprimir os meus sentimentos tal como os sinto.		
46	Tenho jeito para "levar as pessoas" e impor as minhas ideias.		
47	O elogio ainda é um bom meio de se obter o que se pretende.		
48	Tenho dificuldade em controlar o tempo em que estou no uso da palavra.		
49	Sei manejar bem a ironia mordaz.		
50	Sou servil tenho uma vida simples; às vezes até me deixo explorar um pouco.		
51	Gosto mais de observar do que de participar.		
52	Gosto mais de estar "na geral" do que na primeira fila.		
53	Não penso que a manipulação seja uma estratégia eficaz.		
51	Gosto mais de observar do que de participar.		
52	Gosto mais de estar "na geral" do que na primeira fila.		
53	Não penso que a manipulação seja uma estratégia eficaz.		
54	Não é necessário anunciar depressa demais as nossas intenções; isso pode causar-nos dissabores.		
55	Choco muitas vezes as pessoas com as minhas atitudes.		
56	Prefiro ser lobo a ser cordeiro		
57	A manipulação dos outros é muitas vezes a única maneira prática de obtermos o que queremos.		
58	Sei, em geral, protestar com eficácia, sem agressividade excessiva.		
59	Penso que os problemas não podem ser realmente resolvidos sem procurarmos as suas causas profundas.		
60	Não gosto de ser mal visto.		

Deverá colocar um ponto à frente de cada questão a que respondeu verdade. O total dos pontos indica a sua tendência a utilizar o comportamento indicado.

Estilos de Comunicação							
Fuga passiva		Ataque Agressivo		Manipulação		Assertividade	
1		4		3		2	
7		6		5		8	
15		10		9		14	
16		11		12		18	
17		20		13		23	
25		21		19		24	
26		28		22		27	
35		29		31		33	
36		30		32		34	
37		39		41		38	
50		40		42		43	
51		48		46		44	
52		49		47		45	
59		55		54		53	
60		56		57		58	
Total		Total		Total		Total	

Anexo D16

Apresentação “Treino de Resolução de Problemas”

Treino Resolução de Problemas

Sessão nº 8
13 Março 2019

Todos nos deparamos com problemas ao longo da vida...

- ✓ Problemas com o "eu";
- ✓ Problemas familiares;
- ✓ Problemas laborais;
- ✓ Problemas financeiros.

Ex.: Ser despedido ou despromovido, Morte de uma pessoa querida, Divórcio / Separação, Doença, ...

Problema..

- ✓ Determinada questão ou assunto que requer uma solução;
- ✓ Quando existe uma diferença entre uma situação desejada e a existente;
- ✓ É uma caminhada, com o objetivo de nos levar a algum lado, diferente do inicial, mas sem o conhecimento de como lá chegar;
- ✓ Algo que nos perturba;

Resolução de problemas

Quando nos deparamos com problemas ao longo da vida, tentamos arranjar uma maneira de os solucionar.

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

- ✓ Falta de motivação e de expectativas
- ✓ Dificuldade de concentração
- ✓ Cansaço e frouteção excessiva
- ✓ Alterações do sono
- ✓ Ansiedade extrema

Mas...nem sempre temos os mecanismos necessários para essa resolução.

Ansiedade e Resolução de Problemas

Fatores Positivos

- Ajuda-nos a preparar para o perigo
- A antecipar obstáculos
- Permite que estejamos mais atentos
- A enfrentar os problemas

Ansiedade e Resolução de Problemas

Fatores Negativos

Quando os níveis de ansiedade são muito elevados:

A antecipação de obstáculos (inexistentes), acaba por prejudicar a resolução → dificuldade em racionalizar o problema.

- Atenção
- Concentração
- Perceção
- Julgamento
- Racionalização
- Tomada de decisão

A Resolução de Problemas depende:

```

    graph LR
      A[Obstáculo / Situação] --> B[Estratégias utilizadas]
      B --> C[Conhecimento sobre o problema]
      C --> D[Representação do problema]
      D --> E[Características pessoais]
  
```

Objetivo da Resolução de Problemas

Contribuir para um funcionamento mais adaptativo e maior capacidade de enfrentar as exigências da vida mas também promover um ótimo funcionamento ao nível psicológico e comportamental.

- Criatividade
- Inovação
- Desajo de sucesso/realização
- Emocionalidade positiva

Técnicas de Resolução de Problemas

Resolução de Problemas

Componente motivacional da resolução de problemas.

Conjunto das respostas cognitivas, emocionais e Ktias, que a pessoa possui para resolver o problema e que são influenciadas pela sua experiência passada.

Conjunto de competências necessárias para enfrentar e solucionar as dificuldades em causa → tarefas dirigidas a objetivos.

(D'Zurilla & Sheedy, 1992)

5 Fases para a Resolução de Problemas:

(D'Zurilla & Goldfried, 1971)

1. Orientação para o Problema

- Adotar uma atitude positiva em relação ao conflito e às habilidades que possuímos para enfrentá-lo eficazmente;
- Mudar a visão que temos sobre o problema, encarar como um desafio que nos irá ajudar a crescer;
- Ser capaz de parar e pensar antes de agir, para não agir de forma impulsiva (evitar erros).

2. Definição e Formulação do Problema

- Procurar a informação relevante, descrevendo-a em termos reais e específicos;
- Identificar por que é que essa situação é um conflito;
- Reavaliar o significado deste para o bem-estar pessoal e social;
- Ganhar consciência de que nem todos os problemas são solucionáveis, e que os que não são implicam diferentes graus de dificuldade.

3. Procurar soluções alternativas

- Procurar todas as soluções possíveis para a resolução do problema;
- Rever quais as soluções que não correram bem no passado, tentando resolver o problema de outra maneira;
- Verificar quais são os prós e os contras de cada solução.

4. Tomada de decisões

- Prever quais as soluções para cada proposta:
 - Consequências positivas e negativas, a curto e longo prazo.
- Preparar os possíveis resultados para cada solução proposta:
 - Probabilidade de alcançar a solução.
 - Qualidade do resultado emocional esperado.
 - Cálculo da quantidade de tempo e esforço previsto.
 - Razão custo/benefício esperado total.

5. Execução e Verificação

- Uma vez escolhida a solução, resta colocá-la em prática, para sabermos se é a alternativa adequada para superar a situação problemática.
- Quando resolvemos um problema complicado devemos-nos premiar.

Anexo D17

Folheto informativo “Treino de Resolução de Problemas”

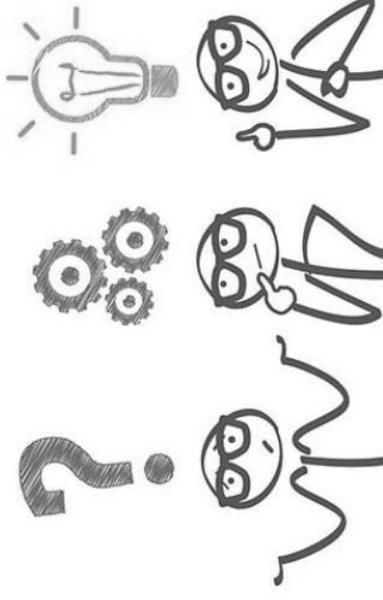
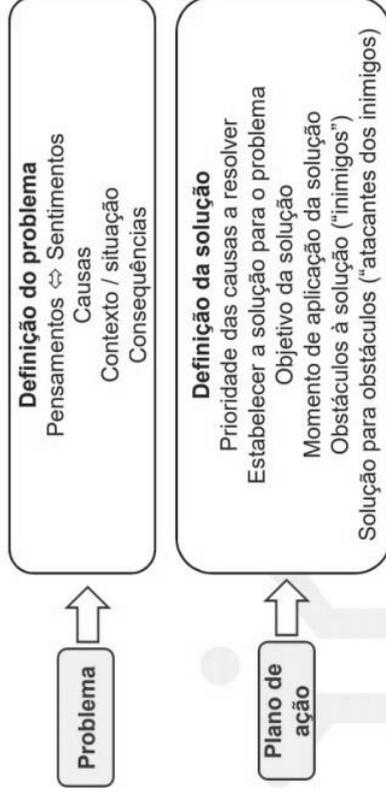
Técnicas de Resolução de Problemas

1. Orientação para o problema
2. Definição e formulação do problema
3. Procurar soluções alternativas
4. Tomada de decisões
5. Execução e verificação

(D'Zurilla & Goldfried, 1971)

Treino Resolução de Problemas

Síntese de Etapas / Tarefas:



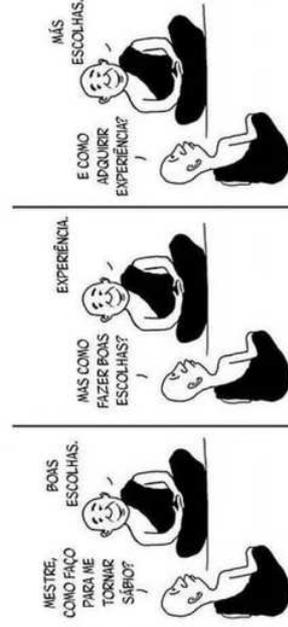
Quando nos deparamos com problemas ao longo da vida, tentamos arranjar uma maneira de os solucionar.



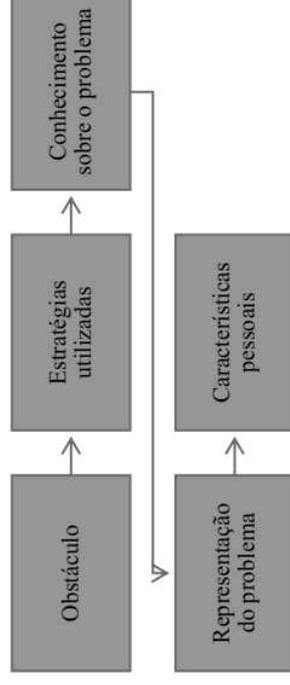
Mas...nem sempre temos os mecanismos necessários para essa resolução.

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

- Falta de motivação e de expectativas
- Dificuldade de concentração
- Cansaço e Preocupação excessiva
- Alterações do sono
- Ansiedade extrema

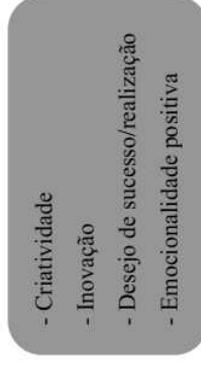


A Resolução de Problemas depende:



Objetivo da Resolução de Problemas:

Contribuir para um funcionamento mais adaptativo e maior capacidade de enfrentar as exigências da vida mas também promover um ótimo funcionamento ao nível psicológico e comportamental.



Anexo D18

Exercício Prático “Treino de Resolução de Problemas”

Exercício Prático – “Treino de Resolução de Problemas”:

Situação Problema	Contexto em que Ocorre	Pensamentos e Sentimentos	Plano de Ação para Problema			
			Qual a solução?	Qual o objetivo da solução?	Quais os obstáculos à solução (“inimigos”)?	Quais as soluções para os obstáculos (“atacantes dos inimigos”)?

Anexo D19

Apresentação “Saber Dizer Não”

SABER DIZER NÃO

Sessão nº 9
20 Março 2019

Exemplo:

- ✓ Quando um amigo pede novamente dinheiro emprestado, sendo que nunca pagou o que devia anteriormente.
- ✓ Ou quando a convite para um aniversário é acatado, mesmo sem a mínima vontade de ir.

↓

- Nesses momentos, o primeiro impulso, educadamente contido, é falar um "não".
- Mas a resposta é um "sim" simpático e, quase sempre, dito com falsa alegria.

Porque é que as pessoas têm tanta dificuldade em dizer "não"?

- Medo de não serem amadas, aceites, reconhecidas e admiradas;
- Ajudar alguém para sermos valorizados, mostrar que somos boas pessoas;
- Medo de passar uma imagem negativa (mal-educados);
- Medo de conflitos;
- Consequências negativas à relação;
- Medo da escassez (dinheiro no futuro);
- Medo de perder oportunidades;
- Baixa autoestima.

É impossível perceber o motivo.

A importância de saber dizer "não"

Aprender a dizer "não" é uma arte.
É não se sentir egoísta pelo facto de atender prioritário às suas necessidades.

- É impossível agradar todas as pessoas.
- Quando dizemos "sim" para os outros, pagamos um preço por isso.
- Quando nos esforçamos para agradar os outros estamos a sacrificar os nossos próprios interesses.

↳ **Dizer "não", não é sinónimo de egoísmo. É ser autoestima e estar alinhado com as próprias vontades.**

- É necessário sermos **Assertivos**.
- Temos que ter consciência da nossa escala de valores, para saber o que desejamos ou não fazer.
- Os direitos dos outros são tão importantes como os nossos próprios direitos.
- Se não aprender a dizer "não", irá perder o controle sobre a sua vida, e sentirá raiva por fazer coisas que, na realidade, não quer.

Consequências de não saber dizer "não"

- Ter dificuldade de autoafirmação é prejudicial para a saúde;
- Pode causar desequilíbrio emocional, confusão mental, baixa autoestima, sofrimento, stress e explosão emocionais;
- A pessoa começa a acumular sentimentos negativos que podem causar doenças;
- A pessoa fica aborrecida e chateada.

"Ninguém se deve sentir obrigado a atender a todas as solicitações, nem a concordar com tudo o que as pessoas dizem. Quem tenta agir dessa forma, fica sobrecarregado e pode até mesmo desenvolver alguma doença por causa do alto nível de stress"

Mariano Barros

Como dizer "não"?

Possível sempre ser lento e evitar falar de forma rápida.

1. **Vá direto ao ponto, sem entrar em detalhes**
 - "Eu não me posso comprometer com isso, porque já tenho outras prioridades neste momento."
2. **Peça um tempo para pensar**
 - "Eu até tenho interesse, mas não quero tomar uma decisão agora. Posso dar-se a resposta amanhã?"
3. **Nunca são apenas 5 minutinhos**
 - "Eu entendo-te, mas realmente não posso."

4. Cuidado com os manipuladores

• Um conhecido pede: *"Estou sem o meu computador e preciso de terminar um trabalho importante. Será que me poderia emprestar o seu até o final da semana?"*

• Você diz: *"Infelizmente não posso ficar sem ele a semana toda."*

• Ai ele refere: *"Tudo bem, eu entendo... Mas então será que me poderia, emprestar pelo menos até amanhã? Ia ajudar-me muito e eu ficaria eternamente grato!"*

5. Coloque os seus interesses à frente da vontade dos outros

6. Separe a decisão do relacionamento

7. Dizer não com elegância não significa usar a palavra "não"

• "Adoraria, mas...";

8. Concentre-se no que tem a perder

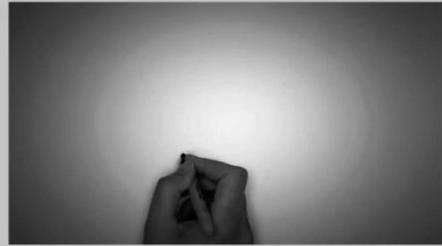
9. Lembre-se que todos vendem alguma coisa

10. Lembre-se de que um não claro pode ser mais gentil do que um sim vaga ou sem compromisso

"O seu tempo é limitado, então não o desperdice vivendo a vida de outra pessoa... Não deixe o ruído da opinião dos outros abafar a sua voz interior."

Steve Jobs

Video



Exercício Prático:

- Imagine uma situação (ex: situação no trabalho, situação familiar, festa de aniversário, ...).
- De que forma é que poderia responder sem utilizar a palavra "não"?

Bom trabalho!

Anexo D20

Folheto informativo “Saber Dizer Não”

Como dizer “não”?

1. **Vá direto ao ponto, sem entrar em detalhes**
 - *“Eu não me posso comprometer com isso, porque já tenho outras prioridades neste momento.”*
2. **Peça um tempo para pensar**
 - *“Eu até tenho interesse, mas não quero tomar uma decisão agora. Posso dar-te a resposta amanhã?”*
3. **Nunca são apenas 5 minutinhos**
 - *“Eu entendo-te, mas realmente não posso.”*
4. **Cuidado com os manipuladores**
5. **Coloque os seus interesses à frente da vontade dos outros**
6. **Separe a decisão do relacionamento**
7. **Dizer não com elegância não significa usar a palavra “não”**
 - *“Adoraria, mas...”;*
8. **Concentre-se no que tem a perder**
9. **Lembre-se que todos vendem alguma coisa**
10. **Lembre-se de que um não claro pode ser mais gentil do que um sim vago ou sem compromisso**

Saber Dizer Não

“O seu tempo é limitado, então não o desperdice vivendo a vida de outra pessoa... Não deixe o ruído da opinião dos outros abafar a sua voz interior.”

Steve Jobs

Porque é que as pessoas têm tanta dificuldade em dizer “não”?

- Medo de não serem amadas, aceites e reconhecidas;
- Ajudar alguém para sermos valorizados, mostrar que somos boas pessoas;
- Medo de passar uma imagem negativa (mal-educados);
- Medo de conflitos;
- Consequências negativas à relação;
- Medo da escassez (dinheiro no futuro);
- Medo de perder oportunidades;
- Baixa autoestima.

A importância de saber dizer “não”

- É impossível agradar todas as pessoas.
- Quando dizemos “sim” para os outros, pagamos um preço.
- Quando nos esforçamos para agradar os outros estamos a sacrificar os nossos próprios interesses.
- Dizer “*não*”, não é sinónimo de egoísmo. É ter autoestima e estar alinhado com as próprias vontades.

- É necessário sermos **Assertivos**.
- Temos que ter consciência da nossa escala de valores, para saber o que desejamos ou não fazer.
- Os direitos dos outros são tão importantes como os nossos próprios direitos.
- Se não aprender a dizer “não”, irá perder o controle sobre a sua vida, e sentirá raiva por fazer coisas que, na realidade, não quer.



Consequências de não saber dizer “não”

- “Ninguém se deve sentir obrigado a atender a todas as procuras, nem a concordar com tudo o que as pessoas dizem. Quem tenta agir dessa forma fica sobrecarregado e pode até mesmo desenvolver alguma doença por causa do alto nível de stress” Miriam Barros.

Anexo D21

Apresentação “Como lidar com o *stress*”

Como Lidar com o **STRESS**

Sessão nº 10
27 Março 2019

O que é o *Stress*?

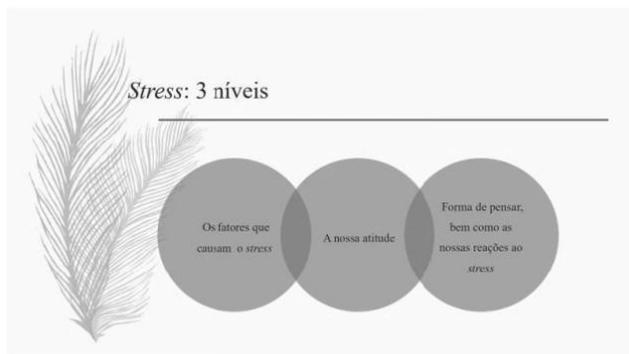
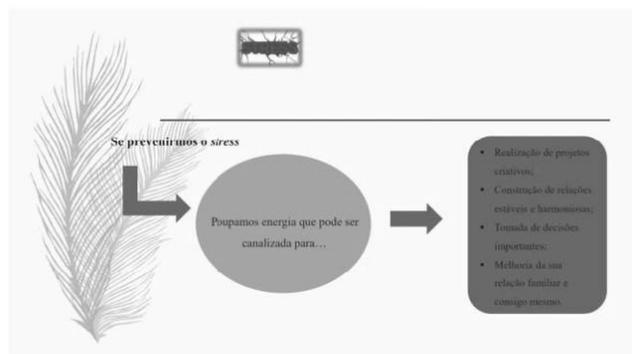
É utilizado para definir qualquer situação que nos causa tensão ou dificuldade

O *stress* assume o significado relacional entre o que o indivíduo constrói a partir da relação que estabelece com o meio ambiente, e o resultado das avaliações que efetua com o ambiente social e físico, objetivos pessoais, crenças sobre si mesmo e o mundo e os recursos que tem ao seu dispor.



O *stress* pode ser gerido pelo indivíduo através:

- ✓ Autochecimento;
- ✓ Conselhos sensatos sobre como tirar partido do que está disponível em seu redor;
- ✓ Treino de comportamento e competências.

Fatores do *stress*

Acontecimentos, factos, exigências que nos colocam e sentimos *stress*... **SÃO OS CAUSADORES EXTERIORES DE *STRESS*!!**

Pressão do tempo, conflitos, alterações no local de trabalho, trânsito rodoviário...

Fatores de *stress* + frequentes:

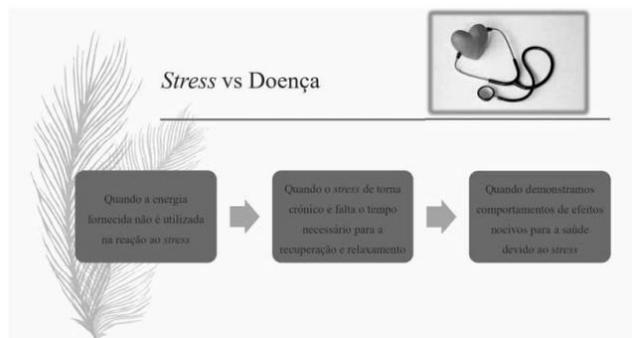
- ✓ Alterações frequentes
- ✓ Falta de apoio social
- ✓ Má organização do trabalho



Sintomas e Sinais



- Pulsação do corpo mais rápida;
- Produzida menos saliva → boca seca;
- A nossa digestão torna-se mais lenta;
- Os pés e as mãos ficam frios;
- Transpiramos;
- Bloqueio mental, vazio mental;
- Insatisfação, raiva, medo, nervosismo, inquietação;
- Dor de costas, musculares, de cabeça;
- Cansaço;
- Comportar-se de forma impaciente e imprudente;
- Comportar-se de forma agressiva ou retraí-se;
- Auto-repressão;
- A nossa vontade sexual diminui.



Como reconhecer os sinais?

Corpo	Sensação	Pensamento	Atitude
Falta de apetite	Nervosismo	Dificuldade em se concentrar	Comer de forma irregular
Cansaço crônico	Irritação	Erros frequentes	Aumento do consumo de álcool
Dores de cabeça	Medos	Sonhar durante o dia	Fumar mais
Dores de costas	Insatisfação	Rodado em pensamentos	Zangar-se
Transpiração	Apatia	Vazio na cabeça	Retrair-se
Dores musculares	Vazio interior	Bloqueio mental	Menos movimentos
Problemas de digestão	Contrariedade	Penúrias	Tremor, ranger os dentes
Insônias			Falar depressa, interromper

Ultrapassar o stress?

- Procurar informações sobre o tema, causa do stress → apoio profissional, livros, conversas;
- Procurar uma formação contínua que permita treinar e ganhar as capacidades em falta para lidar com o fator de stress;
- Resolver os problemas diários;
- Eliminar ruídos.



Ultrapassar o stress?

- Resolver questões financeiras;
- Solicitar uma conversa esclarecedora;
- Resolver conflitos;
- Pedir ajuda;
- Dizer NÃO!

Predisposições ao stress



1. O que é que pode acontecer no pior dos casos? De que é que eu tenho mais medo?
2. O que é que seria assim tão mau? O que posso fazer quando isso acontecer? Qual é a probabilidade de isso acontecer?
3. O que é que será pior do que isto?
4. Qual é a verdadeira importância disto para mim?

Reação ao stress

- Distração → ler, ver televisão, sair, ouvir música ...
- Fazer algo de bom a si mesmo → tomar banho, uma massagem, ir às compras, dar um passeio ...
- Acalmar-se através da atividade corporal;
- Conversar com as pessoas que dão apoio, alívio, encorajamento;
- Fazer curtos exercícios de respiração e relaxamento;
- Fazer pequenas pausas regularmente.

Ultrapassar o stress a longo prazo



Prática regular de exercícios de respiração e de relaxamento

Atividade física regular

Uma alimentação saudável

Dormir bem e fazer pausas regulares

Ultrapassar o stress a longo prazo



Ajusta bem o tempo sem stress

Cuidar das amizades, dos laços familiares, das relações sociais

Ter um passatempo

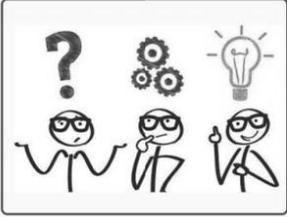
Ter o cuidado de verificar que as ocupações de tempo livre não se tornem numa fonte de stress

Ser saudável apesar do stress?



- Ter uma boa atitude e apoio social;
- Estar convicto de que consegue dominar as exigências da vida através da própria força e em caso de necessidade através da ajuda de terceiros;
- Quando consegue ultrapassar situações difíceis;
- Quando vive os conflitos como úteis → apesar de serem incómodos.

Exercício



—

Exercício

Façam agora uma lista com os vossos fatores de stress pessoais, anotando todas as respostas que se lembram espontaneamente para a seguinte pergunta:

Eu fico com stress quando...

Predisposições para o stress:
Através da folha dada, com inúmeros exemplos de predisposições para o stress, assinalem a que se adequa mais a vocês

Lista de reações pessoais ao stress:
Quando estou com stress...

Referências Bibliográficas

- Chantal De Mesmaeker. *Reduzir o stress*. OGBL, Liga Luxemburguesa de Higiene Mental.

Anexo D22

Folheto informativo “Como lidar com o *stress*”

O *stress* é utilizado para definir qualquer situação que nos causa tensão ou dificuldade.

A paciência é uma virtude e o *stress* uma tendência.

(Rodrigo pereira)



Pode ser gerido pelo indivíduo através de:

1. Autoconhecimento;
2. Conselhos sensatos sobre como tirar partido do que está disponível em seu redor;
3. Treino de comportamento e competências.

COMO LIDAR

COMO **STRESS**

Sessão nº 10

27 Março 2019

1. Factores de *stress*

- Acontecimentos, factos, exigências que nos colocam e sentimos *stress*...

SÃO OS CAUSADORES EXTERIORES DE *STRESS*!!

2. Predisposições ao *stress*

- Ultrapassar o *stress* consiste em reconhecer e alterar os pensamentos que aumentam o *stress*.

3. Reação ao *stress*

- Trata-se de controlar e regular as reações corporais e emocionais ao *stress*.



Se prevenirmos o *stress*, poupamos energia que pode ser canalizada para:

- ✓ Realização de projetos criativos;
- ✓ Construção de relações estáveis e harmoniosas;
- ✓ Tomada de decisões importantes;
- ✓ Melhoria da sua relação familiar e consigo mesmo.



Ultrapassar o *stress* a longo

prazo:

- Prática regular de exercícios de respiração e de relaxamento,
- Atividade física regular,
- Alimentação saudável,
- Dormir bem e fazer pausas regulares,
- Ajustar bem o tempo sem *stress*,
- Cuidar das amizades, dos laços familiares, das relações sociais,
- Ter um passatempo,
- Ter o cuidado de verificar que as ocupações do tempo livre não se tornem numa fonte de *stress*.

Anexo D23

Exercício Prático “Como lidar com o *stress*”

Façam agora uma lista com os vossos **fatores de stress** pessoais, anotando todas as respostas que se lembrem espontaneamente para a seguinte pergunta:

Eu fico com stress quando...

Através da folha dada, com inúmeros exemplos de **predisposições para o stress**, assinalem a que se adequa mais a vocês:

Criem agora uma lista de **reações pessoais ao stress**:

Quando estou com stress...

Predisposições para o *stress*

- A. «Tudo tem de ser perfeito, caso contrário não vale a pena»
- B. «Quando as pessoas não se comportam da forma como eu esperava é uma catástrofe»
- C. «Quando a vida não corre como deveria é uma catástrofe»
- D. «Eu prefiro fazer tudo sozinho»
- E. «Não consigo. Nunca conseguirei».
- F. «Preciso de ter tudo sob controlo, de saber tudo»
- G. «Não se pode confiar em ninguém.»
- H. «É uma catástrofe quando há pessoas que não gostam de mim, quando eu não consigo agradar a todos»
- I. «Preciso de stress para fugir do vazio interior, à sensação de falta de sentido e à solidão»
- J. «Quero tudo imediatamente»
- K. Ver tudo como uma catástrofe: dar demasiada importância a acontecimentos negativos

Anexo D24

Apresentação “Cognições”

COGNIÇÕES



Sessão nº 13
24 Abril 2019

O que é a Cognição?

Habilidade que os seres vivos têm para sentir e processar os dados que chegam (percepção, experiência, crenças) e convertê-los em conhecimento

Conhecimento adquirido com a experiência (aprendizagem) e as características subjetivas que nos permitem integrar toda a informação para avaliar e interpretar o mundo.

cognição

Aquisição de conhecimentos; capacidade de discernir, de assimilar esse conhecimento, percepção.
Ação de conhecer, de perceber, de ter ou de passar a ter conhecimento sobre algo.

Ilêdo de Souza

A cognição engloba diferentes processos cognitivos que intervêm em várias funções cognitivas, como:

- Percepção;
- Atenção;
- Memória;
- Pensamento;
- Linguagem;
- Aprendizagem.



Procedimentos que utilizamos para incorporar novos conhecimentos e tomar decisões.



Percepção:

Permite-nos organizar e compreender o mundo através dos estímulos que recebemos;

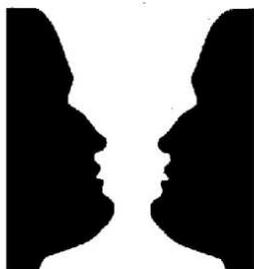


- 5 sentidos (visão, audição, paladar, olfato e tato);
- Propriocepção (posição corporal, esquema corporal);
- Interocepção (percepção de como estão os órgãos → sede e fome);

"A percepção designa o conjunto de mecanismos fisiológicos e psicológicos cuja função geral é a apreensão (e interpretação) de informação proveniente do meio ou do próprio organismo"

Alain Lieury

- Uma vez recebidos, o nosso cérebro integra toda a informação, criando um novo conhecimento.



Atenção:

- Permite-nos concentrar num estímulo ou atividade, para depois armazená-la na consciência;
- Fundamental para o desenvolvimento da vida diária e utiliza-se na maioria das tarefas realizadas;
- Controla e regula o resto dos processos cognitivos: a percepção (atenção para os estímulos que nos chegam através dos sentidos), a aprendizagem ou o raciocínio.



Atenção Sustentada	Atenção Seletiva	Atenção Alternada	Atenção Dividida
Permanecer focado no que está a fazer, (visual ou auditiva).	Ignorar ou filtrar as distrações, para se poder concentrar no que é importante.	Mover a atenção de uma tarefa para outra quando é importante fazê-lo.	Concentrar-se em mais do que uma coisa ao mesmo tempo.
Ex.: A conduzir numa longa viagem, a ler um livro, a assistir a um programa de TV.	Ex.: A encontrar a sua marca de café na prateleira do supermercado.	Ex.: Está a cozinhar e percebe que a panela está a ferver enquanto está a cortar outros ingredientes.	Ex.: Conduzir ou trabalhar, enquanto se ouve música no rádio.

Faça um círculo em volta da ilustração diferente do grupo

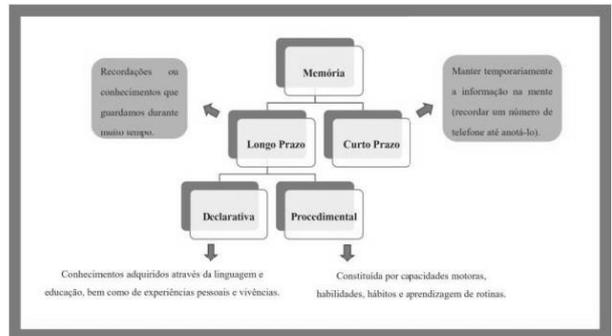
©Copyright 1987-2008. http://www.illustrations.com.br

Exercitar capacidade cerebral - Atenção e Concentração

Amarelo	Azul	Branco	Laranja	Vermelho	Preto
Verde	Roxo	Branco	Azul	Amarelo	Vermelho
Laranja	Azul	Amarelo	Preto	Verde	Roxo
Branco	Vermelho	Verde	Amarelo	Roxo	Laranja
Roxo	Preto	Azul	Vermelho	Laranja	Branco
Verde	Laranja	Roxo	Amarelo	Verde	Preto
Laranja	Amarelo	Branco	Roxo	Verde	Roxo
Branco	Amarelo	Azul	Laranja	Azul	Verde
Amarelo	Laranja	Azul	Preto	Laranja	Verde
Laranja	Branco	Verde	Roxo	Amarelo	Vermelho

Memória:

- Permite codificar, armazenar e recuperar a informação do passado.
- A memória é um processo básico para a aprendizagem e é a que nos permite criar um sentido de identidade.



Pensamento:

- Permite integrar toda a informação recebida e estabelecer relações entre os dados que a compõem;
- Para isso usa o raciocínio, a síntese e a resolução de problemas (funções executivas);
- Pensar permite aos seres humanos modelarem a sua percepção do mundo ao redor de si, e com isso lidar com ele de uma forma efetiva e de acordo com suas metas, planos e desejos.

✓ "A essência do homem é pensar".

✓ "Sou uma coisa que pensa, isto é, que duvida, que afirma, que ignora, que ama, que odeia, que quer e não quer, que também imagina e que sente".

✓ "Penso, logo existo".

Descartes, 1596-1650

Linguagem:

- Capacidade que temos para expressar pensamentos e sentimentos através da palavra;
- É a ferramenta que usamos para comunicarmos e para organizar e transmitir a informação que temos sobre nós e sobre o mundo;
- A linguagem e o pensamento desenvolvem-se de forma paralela e estão intimamente relacionados.

• **Exercício:**

↳ Palavras começadas por P, durante 1 min.

Aprendizagem:



- Incorporamos nova informação ao nosso conhecimento prévio;
- Aprendizagem de condutas ou hábitos e todos os conhecimentos que vamos adquirindo com a socialização e escola;
- Piaget fala da aprendizagem cognitiva como o processo em que a informação entra no sistema cognitivo e altera-o.

Pode-se melhorar a nossa cognição?

- Com o uso, o cérebro pode mudar a sua estrutura e o seu funcionamento → **Neuroplasticidade ou Plasticidade Cerebral**.
- Graças a ela, podemos melhorar as nossas capacidades cognitivas se somos pessoas saudáveis, mas também podemos restaurá-las ou mantê-las.
- A plasticidade cerebral permite-nos criar novas ligações cerebrais e aumentar os circuitos neuronais, melhorando a sua funcionalidade.

Reduzir o stress: O stress eleva os níveis de cortisol, que ataca a mielina dos axónios, e que impede uma transmissão da informação eficaz.

Mantêr uma atitude positiva faz com que sejamos mais criativos no momento de solucionar problemas e vai fazer com que nos sintamos cognitivamente mais flexíveis.

Meditação: Requer concentração e atenção consciente, tem uma grande capacidade de criar novos circuitos funcionais. Melhorias na atenção, memória, função executiva, velocidade de processamento e cognição geral.

Exercício:
Físico: Caminhar 45 min...3X por semana melhora a memória e o raciocínio (funções executivas).

Anexo D25

Folheto informativo “Cognições”

Pode-se melhorar a nossa cognição?

- Com o uso, o cérebro pode mudar a sua estrutura e o seu funcionamento → **Neuroplasticidade ou Plasticidade Cerebral**.
- Graças a ela, podemos melhorar as nossas capacidades cognitivas se somos pessoas saudáveis, mas também podemos restaurá-las ou mantê-las.
- A plasticidade cerebral permite-nos criar novas ligações cerebrais e aumentar os circuitos neuronais, melhorando a sua funcionalidade.

Reduzir o stress: Manter atitude positiva faz com que sejamos mais criativos no momento de solucionar problemas e vai fazer com que nos sintamos cognitivamente mais flexíveis.

Meditação: Requer concentração e atenção consciente, têm uma grande capacidade de criar novos circuitos funcionais. Melhorias na atenção, memória, função executiva, velocidade de processamento e cognição geral.

Exercício Físico: Caminhar 45 min., 3X por semana melhora a memória e o raciocínio.

Cognições



Sessão nº 13
27 Abril 2019

O QUE É A COGNIÇÃO?

- Habilidade que os seres vivos têm para assimilar e processar os dados que chegam e convertê-los em conhecimento.
- Conhecimento adquirido com a experiência e as características subjetivas que nos permitem integrar toda a informação para avaliar e interpretar o mundo.

Os **Processos Cognitivos** são procedimentos que utilizamos para incorporar novos conhecimentos e tomar decisões. Fazem parte do desenvolvimento intelectual e da experiência.



A cognição engloba diferentes processos cognitivos que intervêm em várias funções cognitivas, como:

1. Percepção:

- “Designa o conjunto de mecanismos fisiológicos e psicológicos cuja função geral é a apreensão e interpretação de informação proveniente do meio ou do próprio organismo” (Alain Lieury).
- Permite-nos organizar e compreender o mundo através dos estímulos que recebemos.

2. Atenção:

- Permite-nos concentrar num estímulo ou atividade, para depois armazená-la na consciência;
- Fundamental para o desenvolvimento da vida diária e utiliza-se na maioria das tarefas realizadas;
- Diferentes tipos de Atenção: sustentada, seletiva, alternada, dividida.

3. Memória:

- Permite codificar, armazenar e recuperar a informação do passado;
- A memória é um processo básico para a aprendizagem e é a que nos permite criar um sentido de identidade.

4. Pensamento:

- Permite integrar toda a informação recebida e estabelecer relações entre os dados que a compõem;
- Pensar permite aos seres humanos modelarem a sua perceção do mundo ao redor de si, e com isso lidar com ele de uma forma efetiva e de acordo com suas metas, planos e desejos.

5. Linguagem:

- Capacidade que temos para expressar pensamentos e sentimentos através da palavra;
- É a ferramenta que usamos para comunicarmos e para organizar e transmitir a informação que temos sobre nós e sobre o mundo.

6. Aprendizagem:

- Incorporamos nova informação ao nosso conhecimento prévio;
- Aprendizagem de condutas ou hábitos e todos os conhecimentos que vamos adquirindo com a socialização e escola;
- Piaget fala da aprendizagem cognitiva como o processo em que a informação entra no sistema cognitivo e altera-o.

Anexo D26

Apresentação “Emoções”

EMOÇÕES



Sessão nº 14
8 Maio 2019

O QUE É A EMOÇÃO?

Predisposições para a ação que facilitam a sobrevivência (Lang, 1995) e que desempenham um papel fundamental na tomada de decisão (Damasio, 2000).

Estímulos fazem com que os circuitos cerebrais sejam ativados, sendo manifestados 3 sistemas de resposta

- Neurofisiológica: Respostas viscerais e somáticas
- Expressiva / Comportamental: Aproximação, ataque, fuga, atenuação, memória e aprendizagem
- Vivencial / Cognitiva: Experiência subjetiva, vivencial e comunicação verbal (emocional)

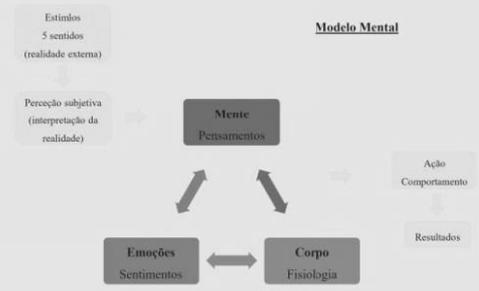
Natureza Tripartida

- Por detrás de qualquer emoção ou resposta fisiológica, surge 1º um pensamento (consciente ou inconsciente) que foi o responsável por essa reação.
- Às vezes as emoções são tão avassaladoras que é difícil identificar o pensamento que as gerou e ainda acalmar a mente, e fazer parar os pensamentos negativos seguintes que surgem como consequência das emoções geradas.

"O píssaro não canta porque está feliz, mas, sim, está feliz porque canta." (James, 1842:1910)

→ Não são os pensamentos em si que nos perturbam, são as emoções geradas por esses pensamentos que nos fazem ir abaixo, provocando sofrimento e ansiedade.

Modelo Mental



EMOÇÕES

- Emoções Primárias:** presentes em todas as culturas (universais) e, estão relacionadas com o instinto de sobrevivência.
- Emoções Secundárias:** sociais e resultam da aprendizagem (vergonha, culpa, orgulho, ciúme).
- Emoções Positivas:** trazem bem-estar, sucesso, melhores relacionamentos sociais e saúde mental e física.
- Emoções Negativas:** levam a comportamentos focados em evitar ou enfrentar a ameaça.

EMOÇÕES BÁSICAS

- Reações afetivas inatas, distintas entre elas, presente em todos os seres humanos e que se expressam de uma forma muito característica (Chóliz, 2005).
- Emoções básicas, segundo Ekman (1993):



Reconhecimento de expressões faciais emocionais:



alegria

- 1) boca de gatinho
- 2) olhos de meio-lua
- 3) olhos em "círculo"



tristeza

- 1) sobrancelhas descaídas
- 2) canto da boca para cima
- 3) canto da boca para baixo



medo

- 1) sobrancelhas levantadas
- 2) pupilas superiores dilatadas
- 3) pupilas inferiores contraídas
- 4) lábios ligeiramente abertos com direção de dentro



nojo

- 1) nariz franzido
- 2) lábio superior levantado



surpresa

- 1) olhos muito de um só lado
- 2) sobrancelhas levantadas
- 3) olhos arregalados
- 4) boca aberta



raiva

- 1) sobrancelhas baixas e juntas
- 2) lábios sem olhos
- 3) retraimento dos lábios

Funções das Emoções:

Newen e Zinek (2009), as emoções possuem 4 funções:

- preparação e motivação para as ações;
- avaliação dos estímulos do ambiente de uma forma rápida;
- ajuda na manutenção das relações sociais e interpessoais (ex.: formação de laços vinculativos);
- possível identificar a intenção das pessoas;
- resposta adaptativa para lidar com as tarefas quotidianas.

Consequências das Emoções:

As diferentes emoções são provocadas por situações externas e algumas reações que manifestam as emoções incluem:

- Dor de barriga;
- Chorar ou rir;
- Tremor, principalmente as pernas;
- Corar;
- Perder a voz;
- Sentir a respiração ou o coração acelerado.



TÉCNICAS PARA DESENVOLVER E MELHORAR A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Dedicar tempo do seu dia para perceber que emoções e sentimentos, determinadas experiências diárias provocam.

Prestar atenção ao seu corpo. Aprender a interpretar os sinais do corpo que indicam o tipo de emoção que está a sentir (mente e corpo interligados).

Evitar julgar as suas emoções. Todas as emoções são válidas. Se julgarmos as emoções, iremos inibir a capacidade de sentir plenamente.

Ter a mente aberta e agradável. Através do entendimento e da reflexão interna, é mais fácil enfrentar as dificuldades de maneira mais tranquila e segura.

Diminuir os níveis de stress. Reduzir a angústia que se sente devido a uma grande variedade de emoções.

Empatia. Ser um ouvinte mais ativo e prestar atenção ao que os outros estão a falar ajudará a adquirir um melhor entendimento dos sentimentos → melhores decisões e relações.

Segundo Furlan, é possível trabalhar a inteligência emocional em 4 eixos:



• Autoperceção

1. Identifique os "gatilhos" das suas emoções → por que é que se sente tão nervoso/aliviado.
2. Recorde os seus valores → contribui para o autoconhecimento e ajuda a prever as próprias reações.
3. Procure feedback dos outros → ajuda a conhecer melhor o seu modo de ser.

• Autogestão

4. Conte até 10, para "arrefecer o sistema".
5. "Durma sobre o problema" → noite de sono restauradora, pode arejar as ideias e originar um Kto mais tranquilo.
6. Ter consciência de que os viráculos e os conflitos são passageiros aumenta a sua resiliência.

• Perceção Social

7. Chame as pessoas pelo nome → "baixar a guarda", acesso mais fácil às emoções alheias.
8. Limpe a mente de distrações ao interagir socialmente → fixe a sua atenção na outra pessoa, para compreender as suas emoções.
9. Observe as pessoas → pode dar dicas valiosas sobre como se relacionar com elas.

• Gestão de Relacionamentos

10. Seja curioso a respeito dos outros.
11. Explique as suas decisões, não as tome apenas.
12. Use expressões para a correção de conflitos → pedir desculpas nunca é demais.



Estratégias de regulação específicas para cada emoção:

Tristeza	Raiva	Medo	Alegria
Reestruturação cognitiva, concretização de atividades de lazer, sociais, e desportivas	Estratégias de enfrentamento: distração, alterações cognitivas, técnicas de relaxamento e o afastamento da situação	Pedido de ajuda e análise da situação que causou medo, constatando a veracidade ou não da situação através de uma avaliação	Manter o sentimento de satisfação e o prolongamento do bem-estar físico e psicológico

(Arindiga e Tortosa, 2004)

Outras estratégias de regulação emocional:

Seleção da situação	Modificação da situação	Investimento da atenção	Modificação cognitiva	Modulação de resposta
Esige aptidões cognitivas de abstração para imaginar e produzir possibilidades futuras (antecipar), ex.: evitar pessoas, lugares ou atividades.	Nem sempre é possível, ex.: evitar responder agressivamente a uma provocação, a pessoa decide deixar o local.	Retirar a atenção da situação, ex.: dirigir a atenção para diferentes aspetos da situação.	Avaliar a situação em que se está, com o propósito de alterar o seu significado emocional.	Autocontrole eficiente, ex.: quando a pessoa se concentra na sua respiração alterada e na sua postura tensa, procurando um relaxamento corporal.

(Gross & Thompson, 2007)

VÍDEO



Exercício – Postura:

Sempre que estiver num estado emocional limitador - irritação, raiva, tristeza, ansiedade, depressão, cansaço - e quiser parar de se sentir assim, experimente o seguinte:

- No momento de intensidade emocional, mantendo a cabeça fixa faça rodar os olhos, para cima, para a direita, para baixo e para a esquerda. Repita 5 vezes e depois inverta a sequência.
- Depois, endireite o corpo, coloque os ombros para trás, olhe para cima e respire lenta e profundamente 10 vezes.
- Se estiver de pé, pode sentar-se e, se estiver sentado, pode colocar-se de pé. A mudança de postura reforça sempre a mudança de estado emocional.

No final vai sentir-se mais calmo e concentrado para encarar o desafio que atravessa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ariandga, A.V. & Tortosa, C.V. (2004). *Inteligencia Emocional: Aplicaciones educativas*. Madrid: Editorial Eos;
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. www.av.es/~cholz/;
- Damásio, A. (2000). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa América;
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48(4), 384-392. doi:10.1037/0003-066X.48.4.384;
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In Gross J. *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press;
- Lang, P.J. (1995). The emotion probe: studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50(5), 372-385;
- Newen, A. & Zinck, A. (2009). O jogo das emoções. *Mentes & Cérebro*, 195, 38-45. Disponível em <http://www.claudetemorais.com.br/emocoes2.html>.

Anexo D27

Folheto informativo “Emoções”

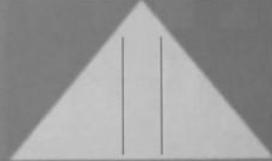
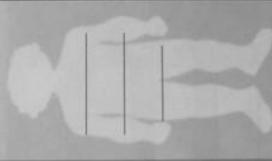
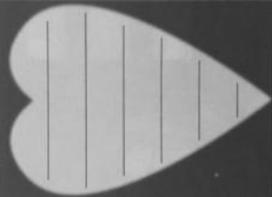
Exercício – Postura:

Sempre que estiver num estado emocional limitador e quiser parar de se sentir assim, experimente o seguinte:

- Mantendo a cabeça fixa faça rodar os olhos, para cima, para a direita, para baixo e para a esquerda. Repita 5 vezes e depois inverta a sequência.
- Endireite o corpo, coloque os ombros para trás, olhe para cima e respire lenta e profundamente 10 vezes.
- Se estiver de pé, pode sentar-se e, se estiver sentado, pode colocar-se de pé. A mudança de postura reforça sempre a mudança de estado emocional.

No final vai sentir-se mais calmo e concentrado para encarar o desafio que atravessa.

Tabela de Autorrelato e Autopreenchimento:

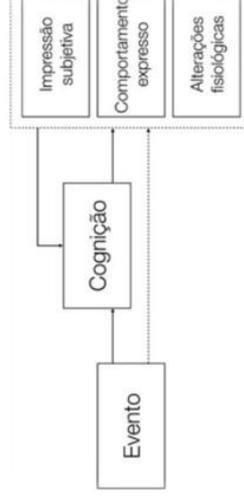
Qual foi a situação?	Como ficou o teu corpo?	Que emoção tiveste? O que sentiste?	O que pensaste?
			

Emoções



O QUE É A EMOÇÃO?

"Experiência subjetiva que envolve toda a pessoa (mente e corpo). É uma reação complexa desencadeada por um estímulo ou pensamento e envolve reações orgânicas e sensações pessoais" (Pinto, 2001).



“O pássaro não canta porque está feliz, mas, sim, está feliz porque canta”
(James, 1842-1910)



Não são os pensamentos em si que nos perturbam, são as emoções geradas por esses pensamentos que nos fazem ir abaixo, provocando sofrimento e ansiedade.

Emoções Básicas, segundo Eckman (1993):

- ✓ Nojo, Raiva, Tristeza, Medo, Surpresa e Alegria.

Técnicas para desenvolver e melhorar a inteligência emocional:

- Dedicar tempo do seu dia para perceber que emoções e sentimentos, determinadas experiências diárias provocam;
- Prestar atenção ao seu corpo;
- Evitar julgar as suas emoções;
- Ter a mente aberta e agradável;
- Diminuir os níveis de stress;
- Empatia.

Trabalhar a inteligência emocional em 4 eixos (Furlan):

- **Autopercepção** → Identifique os “gatilhos” das suas emoções; Recorde os seus valores; Procure feedback dos outros.
- **Autogestão** → Conte até 10, para “arrefecer o sistema”; “Durma sobre o problema”; Ter consciência de que os vínculos e os conflitos são passageiros.
- **Percepção Social** → Chame as pessoas pelo nome; Limpe a mente de distrações ao interagir socialmente; Observe as pessoas.
- **Gestão de Relacionamentos** → Seja curioso a respeito dos outros; Explique as suas decisões, não as tome apenas; Use expressões para a correção de conflitos (ex.: pedir desculpas).

Funções das Emoções

, segundo Newen e Zinck (2009):

- preparação e motivação para as ações;
- avaliação dos estímulos do ambiente de uma forma rápida;
- ajuda na manutenção das relações sociais e interpessoais;
- possível identificar a intenção das pessoas;
- resposta adaptativa para lidar com as tarefas quotidianas.

Anexo D28

Apresentação “Autoestima”



Sessão nº. 15
15 Maio 2019

AUTOESTIMA



Motor gerador de confiança e entusiasmo, contribuindo para a realização, felicidade e sucesso pessoal, profissional e social de qualquer pessoa.

Com uma **boa autoestima** conseguimos atingir os nossos sonhos e ganhamos força interior para enfrentar as adversidades.

AUTOESTIMA

Avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau.



Opinião e sentimento que cada um tem por si mesmo = **REPUTAÇÃO!!**

Existe mais que um tipo de autoestima...

AUTOESTIMA

BAIXA

- A pessoa não se ama, não se aceita e não reconhece nem valoriza as suas qualidades e competências.

ALTA

- A pessoa ama-se mais do que aos demais, sentindo-se superior e valoriza exageradamente as suas qualidades.

EQUILIBRADA

- A pessoa ama-se, aceita-se e valoriza-se tal como é. Reconhece e valoriza as suas competências.



AUTOESTIMA



!!!! Podemos no entanto, manifestar diferentes tipos de autoestima, conforme o contexto em que nos encontramos.

Exemplo: Uma pessoa pode ter uma autoestima equilibrada a nível profissional (sucesso no trabalho) e uma autoestima baixa a nível social (não consegue criar ou manter um relacionamento).

COMPORTAMENTOS



De pessoas com baixa autoestima:

Mais vulnerável → ansiedade, stress e depressão → não conseguimos encontrar saída, nem soluções para melhorar as nossas vidas;

Recusam falar com outras pessoas ou em público;

Necessitam de ter aprovação e sentir o reconhecimento dos outros;

São dependentes dos outros para concretizar alguma coisa;

São perfeccionistas, têm medo de errar;

São mais passivas, demoram ou nunca chegam a tomar a iniciativa;

Dificuldade em atingir as suas metas;

Vão-se abaixo e sentem-se rejeitados quando criticadas;

Desistem depressa quando surgem dificuldades;

Sentem-se culpadas quando algo sai mal;

Apresentam frequentemente traços de nervosismo e ansiedade;

Tendência para a depressão.

COMPORTAMENTOS

De pessoas com autoestima exagerada:

- Acreditam que nunca se enganam;
- Acreditam ter sempre razão;
- Têm excesso de segurança em si mesmas;
- Acreditam que não há ninguém melhor que elas;
- Frequente falarem excessivamente tomando para si toda a atenção;
- Sentem que merecem ter mais do que os outros;
- Excessiva independência → dificuldades de trabalho em equipa;
- Gostam e precisam que as elogiem;
- Cuidam de forma excessiva da sua saúde e imagem, podendo ser narcísicas.



COMPORTAMENTOS

De pessoas com autoestima equilibrada:

- Aceita-se;
- Gosta de si mesma, e assim amando os outros também;
- Valoriza-se → sentimento de competência e valor pessoal;
- Afirma-se na vida, evitando desta forma ser subjugada pelos outros;
- Manifesta confiança nas suas capacidades;
- Mais facilidade para controlar e gerir emoções;
- Capacidade de afirmação perante os outros;
- Positivismo perante os desafios da vida;
- Indiferença em relação às opiniões críticas dos outros;
- Maior e melhor desempenho profissional.

Sentimento frequente de tranquilidade, paz interior, e de bem-estar consigo mesmo!!!



AQUELES QUE NOS TIRAM A AUTOESTIMA

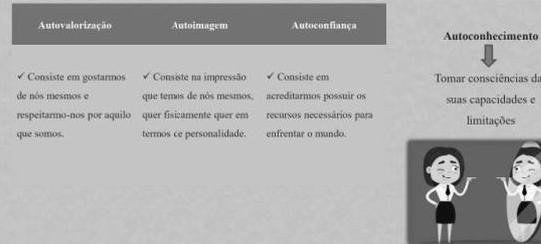


COMO ESTÁ A MINHA AUTOESTIMA?

- Tenho a vida que gostaria de ter?
- Estou em paz comigo mesmo ou sinto-me eternamente insatisfeito?
- Sou coerente entre o que quero e o que faço? Ou há uma grande diferença entre o que eu gostaria de ser e o que realmente sou?
- Quando foi a última vez que me senti desiludida comigo mesmo, triste?
- Quando foi que me senti orgulhosa, satisfeita e feliz comigo mesmo?



REEQUILIBRAR A AUTOESTIMA



AUTOESTIMA



Para mudar é indispensável agir. Para agir é indispensável perceber que toda a mudança interior **depende** apenas de si mesmo.

Reserve tempo para estar em silêncio e sozinha, pois esta é a única forma de **escutar** as suas reais necessidades e fragilidades, de investigar os seus pontos fortes e de **traçar** o futuro que pretende atingir.

EXERCÍCIO – REFORÇO DO MEU VALOR



- Escreva as 5 qualidades que melhor o descrevem.
- O que é que as pessoas que conhece apreciam em si?
- Descreva uma situação ou momento da sua vida em que se tenha sentido orgulhosa de si mesma. Lembre-se de ocasiões desde pequena, adolescente e vida adulta.
- Descreva um caso de vida, um projeto ou uma situação na qual tenha ajudado significativamente alguém a ter um desenlace positivo.



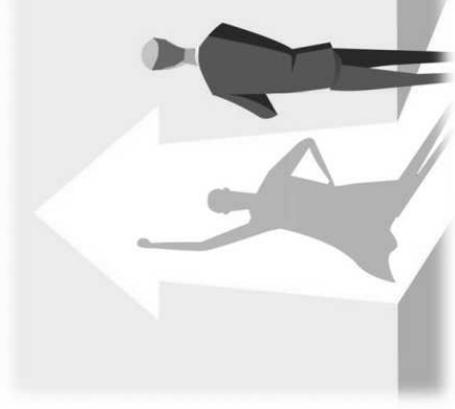
AUTOESTIMA
 NÃO É TEORIA, É PRÁTICA DIÁRIA.
 CRESCE QUANDO VOCÊ
 GOSTA DO QUE FAZ,
 DO QUE FALA, DO QUE CRIA,
 E DO QUE EMANA DE BOM
 PRA CADA PESSOA QUE ENCONTRA.

Anexo D29

Folheto informativo “Autoestima”

A **autoestima** é o motor gerador de confiança e entusiasmo, contribuindo para a realização, felicidade e sucesso pessoal, profissional e social de qualquer pessoa.

Reserve tempo para estar em silêncio e sozinha, pois esta é a única forma de **escutar** as suas reais necessidades e fragilidades, de investigar os seus pontos fortes e de **traçar** o futuro que pretende atingir.



Existe mais que um tipo de autoestima:

1. Autoestima **baixa**;
2. Autoestima **equilibrada**;
3. Autoestima **exagerada**.

AUTOESTIMA

Sessão n° 15

15 Maio 2019

A pessoa com autoestima equilibrada:

- ✓ Aceita-se;
- ✓ Gosta de si mesma, e assim amando os outros também;
- ✓ Valoriza-se → sentimento de competência e valor pessoal;
- ✓ Afirma-se na vida, evitando desta forma ser subjugada pelos outros;
- ✓ Manifesta confiança nas suas capacidades;
- ✓ Mais facilidade para controlar e gerir emoções;
- ✓ Capacidade de afirmação perante os outros;
- ✓ Positivismo perante os desafios da vida;
- ✓ Indiferença em relação às opiniões críticas dos outros;
- ✓ Maior e melhor desempenho profissional.

Como reequilibrar a autoestima

1. Autovalorização: gostarmos de nós mesmo e respeitarmo-nos por aquilo que somos.

2. Autoimagem: impressão que temos de nós mesmos, quer fisicamente quer em termos de personalidade.

3. Autoconfiança: acreditarmos que possuímos os recursos necessários para enfrentar o mundo.



Para mudar é indispensável **agir**.
Para agir é indispensável perceber que toda a mudança interior **depende** apenas de si mesmo.



Anexo D30

Apresentação “Autoeficácia e Motivação”



AUTOEFICÁCIA MOTIVAÇÃO

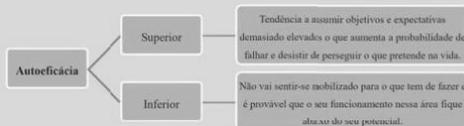
Sessão nº 16
22 Maio 2019

Autoeficácia

- Crença ou confiança que a pessoa tem na sua própria capacidade para completar determinada tarefa ou resolver um problema.

Com Baixa Autoeficácia	Com Alta Autoeficácia
<ul style="list-style-type: none">• Sentem-se incapazes de lidar com os problemas da vida;• Não confiam nas suas capacidades;• Desistem facilmente;• Veem dificuldades como ameaças.	<ul style="list-style-type: none">• Sentem que podem lidar com as situações satisfatoriamente;• Confiam nas suas capacidades;• Perseveram nas tarefas;• Veem dificuldades como desafios.

- **Crenças:** Afetam as suas escolhas, desempenho profissional e, determinam como as pessoas se sentem, pensam, motivam e comportam. Influenciam os objetivos que coloca a si mesmo, as suas ações e os resultados que obtém na vida.



- Para desenvolver a autoeficácia, deve-se refletir sobre o facto de sermos seres intencionais, capazes de autorregular as próprias ações e diligenciar o processo de aprendizagem de novos Ktos.

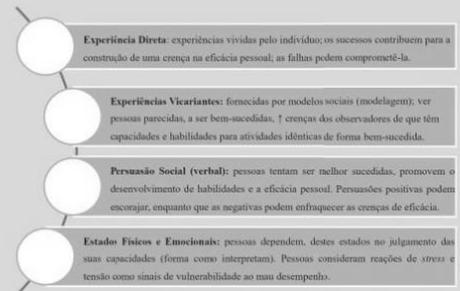
- Isto quer dizer que se pode gerir os Ktos de maneira consciente e ir em busca de experiências que favoreçam o alcance dos objetivos pessoais e profissionais.



Fontes de Autoeficácia

- Fundamentais na transmissão de informações que fortalecem ou enfraquecem as crenças dos indivíduos a respeito das próprias capacidades;
- As informações proporcionadas pelas fontes de eficácia passam por um processamento cognitivo, no qual os indivíduos selecionam, avaliam, integram e interpretam as informações;

Bandura (1997), apresenta 4 pilares para o desenvolvimento ou modificação de crenças pessoais sobre si, que ajudam a desenvolver a autoeficácia.



(Bandura, 1994; cit. por Barros & Batista-dos-Santos, 2010)

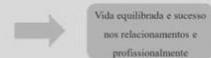


- Neste processo dinâmico de aprendizagem e troca de influências constantes entre as pessoas, o seu ambiente e mundo psicológico, passam a preferir determinadas atividades e a rejeitar outras, o que potencializa as suas escolhas, ↑ a crença da autoeficácia.

- A crença do indivíduo na sua capacidade funciona como um fator mediador entre a motivação e o Kto ou resposta do indivíduo face a uma situação e, pode ser comprometida ou facilitada pela crença negativa ou positiva, que o indivíduo apresenta acerca da sua capacidade para dar resposta a uma situação.

O que é a Motivação Pessoal?

- Força que direciona praticamente todas as suas ações;
- Forma de gerar iniciativa para uma ação.



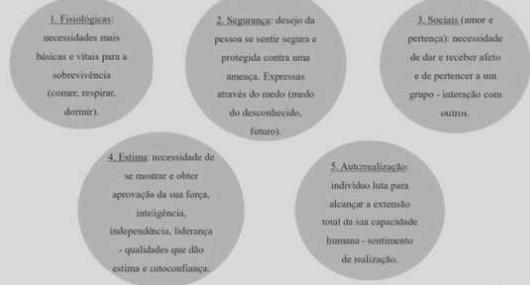
- Por vezes, o ambiente em que vivemos não colabora com a automotivação, pois vivemos cercados de factos ou circunstâncias que influenciam de maneira negativa: violência, desemprego, egoísmo, competição, desigualdades sociais.

Hierarquia Das Necessidades Humanas Segundo Maslow

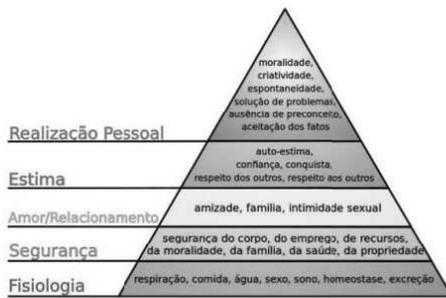
- Maslow sistematizou o estudo da motivação humana propondo "em 1948 um tipo de classificação ou hierarquia dos motivos humanos" (Bergamini, 1997) para explicar as ações das pessoas.



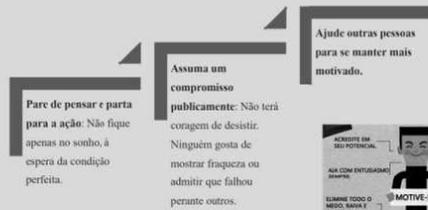
- As pessoas são motivadas para satisfazer uma série de necessidades que constituem o ponto de partida fundamental para agir e progredir.



(Kleinman, 2012)



Dicas para aumentar o nível de Motivação Pessoal:



Referências Bibliográficas

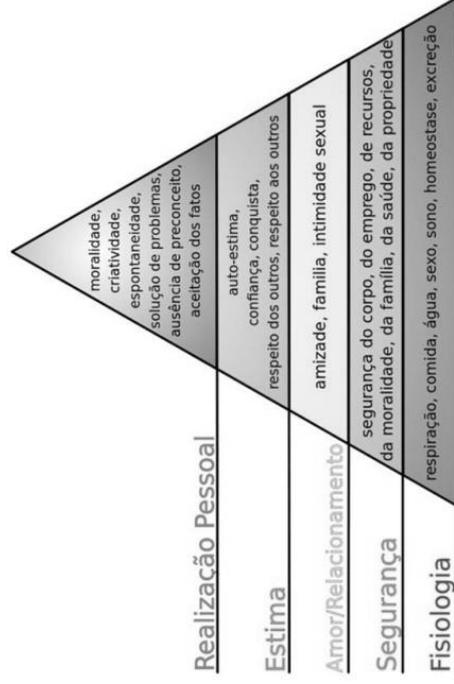
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York. W.H. Freeman and company;
- Barros, M. & Batista-dos-Santos, A. (2010). *Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos*. Revista Espaço Acadêmico, 112;
- Kleinman, p. (2012). *Psicologia: tudo o que precisa de saber*. Portugal: Jacarandá.

Anexo D31

Folheto informativo “Autoeficácia e Motivação”

Hierarquia Das Necessidades Humanas Segundo Maslow

- As pessoas são motivadas para satisfazer uma série de necessidades que constituem o ponto de partida fundamental para agir e progredir.



Autoeficácia e Motivação



Dicas para aumentar o nível de Motivação Pessoal

1. Ajude outras pessoas para se manter mais motivado;
1. Assuma um compromisso publicamente;
2. Pare de pensar e parta para a ação.

O que é a Autoeficácia?

- Crença ou confiança que a pessoa tem na sua própria capacidade para completar determinada tarefa ou resolver um problema.

Com Baixa Autoeficácia	Com Alta Autoeficácia
<ul style="list-style-type: none">• Sentem-se incapazes de lidar com os problemas da vida;• Não confiam nas suas capacidades;• Desistem facilmente;• Veem dificuldades como ameaças.	<ul style="list-style-type: none">• Sentem que podem lidar com as situações satisfatoriamente;• Confiam nas suas capacidades;• Perseverantes nas tarefas;• Veem dificuldades como desafios.

- Para desenvolver a autoeficácia, deve-se refletir sobre o facto de sermos seres intencionais, capazes de autorregular as próprias ações e diligenciar o processo de aprendizagem de novos comportamentos.
- Isto quer dizer que se pode gerir os comportamentos de maneira consciente e ir em busca de experiências que favoreçam o alcance dos objetivos pessoais e profissionais.



Fontes de Autoeficácia

- Bandura (1997), apresenta 4 pilares para o desenvolvimento ou modificação de crenças pessoais sobre si, que ajudam a desenvolver a autoeficácia.
 - **Experiência Direta:** vividas pelo indivíduo (sucessos e falhas);
 - **Experiências Vicariantes:** fornecidas por modelos sociais (modelagem, aprendizagem);
 - **Persuasão Social (verbal):** pessoas tentam ser melhor sucedidas, promovem o desenvolvimento de habilidades e a eficácia pessoal;
 - **Estados Físicos e Emocionais:** pessoas dependem, destes estados no julgamento das suas capacidades (forma como interpretam).

A crença do indivíduo na sua capacidade funciona como um fator mediador entre a motivação e o comportamento ou resposta do indivíduo face a uma situação.



O que é a Motivação Pessoal?

- Força que direciona praticamente todas as suas ações;
- Forma de gerar iniciativa para uma ação.

Anexo D32

Apresentação “Memória”

MEMÓRIA



Sessão nº 17
8 Maio 2019

Memória

- **Processos** que permitem a formação e construção de traços mnésicos.



Dependente da:

- Qualidade da descodificação (processo perceptivo);
- Atenção e motivação no momento da ocorrência (estímulo sensorial);
- Contexto (ambiente geral espacial, e temporal).

Memória Explícita

- Recordação **consciente e intencional** de experiências prévias;
- Memórias mais **recentes** (ex.: o que comemos ao pequeno almoço) até mais **remotas** (ex.: acontecimento nas férias de 2000).

Memória Implícita

- Inconsciente e isenta de intenção (ex.: andar de bicicleta; linguagem).

Influência dos estímulos emocionais na MEMÓRIA:



Informação ambiental suscetível de provocar alterações nos nossos estados afetivos internos.

Desafio: compreender de que forma estas alterações dos estados internos afeta a memória.

O estado de humor ou de ânimo tem um papel a desempenhar na memória, especialmente na forma como se retém, codifica e recorda a informação!

Metas e Objetivos Pessoais



- **Sobrevivência ou bem-estar:** por vezes a priorização e recordação de acontecimentos **negativos** ajudam o indivíduo na realização de planos futuros no sentido de evitar/eliminar tais acontecimentos;
- Por vezes os acontecimentos **positivos** permitem uma adaptação mais adequada.

Os acontecimentos com significância emocional, apresentam uma maior facilidade em serem recordados detalhadamente!

Estruturados para memorizarmos eventos



"Esquecermos" acontecimentos desagradáveis (ex.: traumáticos) → não implica eliminação, mas armazenamento num nível inconsciente com possibilidade de recuperação posterior.

Memória dos acontecimentos emocionais organizada ao nível de várias dimensões da consciência ... favorecendo rotas de acesso consciente ... rotas inconscientes ...

A dor da "alma", a dor de perda e a dor da injustiça, deixam um mau estar persistente (exemplo da angústia) que, apesar do tempo, perdura.

Apesar do ser humano tentar ser racional e colocar de parte as suas emoções, não consegue atingir totalmente esse objetivo, porque o simples **evocar de memórias ativa as emoções.**



É um facto que recordamos com maior facilidade os acontecimentos que despertam emoção do que acontecimentos neutros, banais do dia-a-dia. Tanto se recorda acontecimentos emocionalmente positivos, como negativos.

Memória vs Ansiedade:

- Limitada por preocupações que consomem vários recursos, por exemplo, a atenção (quando a atenção está focada nas sensações que a ansiedade provoca, o indivíduo, em vez de efetuar a tarefa, relega-a para segundo plano);
- Menor capacidade de atenção para o desempenho da tarefa;
- Menor capacidade de memória de trabalho e por sua vez menor capacidade de resolução de tarefas.





Pode-se melhorar a memória?

- ✓ Sono;
- ✓ Boa alimentação;
- ✓ Meditação;
- ✓ Realizar exercício físico;
- ✓ Estimular o cérebro através de exercícios (ex.: leitura);
- ✓ Fazer atividades estimulantes (ex.: dança).

Exercício:



Memorize este texto durante cinco minutos. De seguida tape o texto e tente responder às perguntas.

“No fundo da China existe um Mandarim mais rico que todos os reis de que a Fábula ou a História falam. Dele nada conheces, nem o nome, nem semblante, nem a seda de que se vestem. Para que tu herdés os seus cabedais infindáveis, basta que toques essa campainha, posta a teu lado, sobre um livro. Ele soltará apenas um suspiro, nesses confins da Mongólia. Será então um cadáver: e tu verás a teus pés mais ouro do que pode sonhar a ambição de um avaro. Tu, que me lês e és um homem mortal, tocarás tu a campainha”. (Retirado de *O Mandarim* de Eça de Queiroz).

Respostas

- O Mandarim era mais rico do que todos os príncipes / REIS que a Fábula ou a História contam. FALSA
- O Mandarim vivia no fundo da China. VERDADEIRA
- Do Mandarim apenas conhecemos o semblante. FALSA → “NADA CONHECES”
- A campainha estava posta sobre um livro. VERDADEIRA
- Ele soltará apenas um suspiro nesses confins da Mongólia. VERDADEIRA
- Para que tu herdés os seus carcanhóis / CABEDAIS, basta que toques essa campainha. FALSA
- Será então um cadáver. VERDADEIRA
- E tu verás nas tuas mãos / PÉS mais ouro do que... FALSA
- Tu que me ouves / LÊS e és um homem mortal. FALSA
- Não tocarás tu a campainha? FALSA → SEM O NÃO



Anexo D33

Folheto informativo “Memória”

A **memória** pode ser considerada como um sistema único ou como um conjunto de vários sistemas.



O nosso **estado de humor** ou de **ânimo** tem um papel a desempenhar na **memória**, especialmente na forma como se retém, codifica e recorda a informação!!!



MEMÓRIA

Sessão nº 17

8 Maio 2019

«
QUAL
MEMÓRIA
o que vai
GERIAR
HOJE?
»

Apesar do ser humano tentar ser racional e colocar de parte as suas emoções, não consegue atingir totalmente esse objetivo, porque o simples evocar de memórias ativa as emoções.



A dor da “alma”, a dor de perda e a dor da injustiça, deixam um mau estar persistente (exemplo da angústia) que, apesar do tempo, perdura.



Podemos melhorar a memória

- Bom sono;
- Boa alimentação;
- Meditação;
- Realizar exercício físico;
- Estimular o cérebro através de exercícios (ex.: leitura);
- Praticar atividades estimulantes (ex.: dança).

Efeitos da Ansiedade na Memória:



- Menor capacidade de atenção para desempenhar tarefas;
- Menor capacidade na resolução de tarefas.

Anexo D34

Exercício Prático “Memória”

Eis as perguntas. Responda com **verdadeiro** ou **falso** às seguintes afirmações:

O Mandarim era mais rico do que todos os príncipes que a Fábula ou a História contam.

O Mandarim vivia no fundo da China.

Do Mandarim apenas conhecemos o semblante.

A campainha estava posta sobre um livro.

Ele soltará apenas um suspiro nesses confins da Mongólia.

Para que tu herdés os seus carcanhóis, basta que toques essa campainha.

Será então um cadáver.

E tu verás nas tuas mãos mais ouro do que...

Tu que me ouves e és um homem mortal,

Não tocarás tu a campainha?

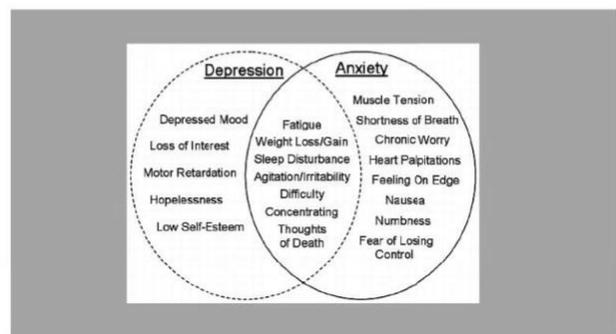
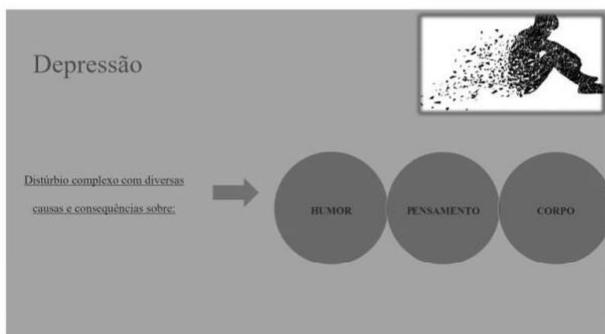
Anexo D35

Apresentação “Depressão”



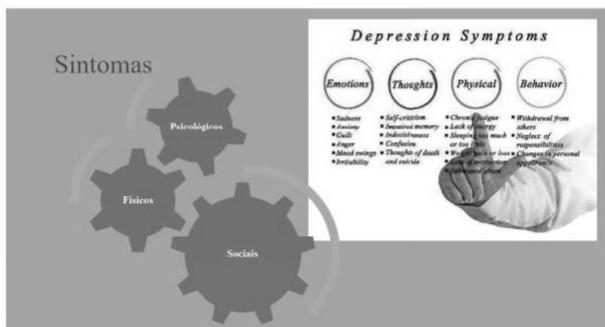
Depressão

• Perturbação do humor que se caracteriza por alterações do estado de ânimo e que acarreta prejuízos para a vida psíquica e para o funcionamento comportamental do sujeito.



Predisposição	Precipitantes	Perpetuadores
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Genes; ✓ Educação; ✓ História pessoal; ✓ Cultura; ✓ Acontecimentos recentes; ✓ Saúde; ✓ Regime alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stress; ✓ Doença; ✓ Trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Beber muito para lidar com a depressão → ciclo vicioso → + bebemos, + acentuamos a depressão;

Acontecimentos de vida stressantes;
Doença física;
Personalidade (ex: baixa autoestima);
Isolamento;
Bebidas alcoólicas e drogas;
Ser mulher.



- ## Psicológicos
- Desalento ou tristeza persistentes;
 - Perda de interesse ou prazer em atividades;
 - Sentimento de desespero e impotência;
 - Falta de concentração, de motivação;
 - Reduzida autoestima, sensação de desmerecimento;
 - Ansiedade ou preocupação;
 - Culpa excessiva;
 - Irritabilidade e intolerância para com os outros;
 - Pensamentos recorrentes sobre a morte.
-

Físicos

- Cansaço, exaustão, falta de energia;
- Choro;
- Perturbação do sono;
- Dores e ardores inexplicáveis;
- Redução da libido;
- Alterações do ciclo menstrual;
- Problemas digestivos;
- Alterações do apetite (ganho ou perda de peso);
- Discurso/movimentos lentos ou inquietação/ agitação.



Sociais

- Dificuldades em casa e na vida familiar;
- Participar cada vez menos em atividades sociais;
- Problemas de desempenho profissional;
- Evitar o contacto com os amigos;
- Redução dos interesses.

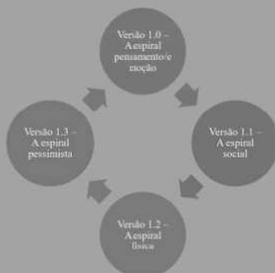


Graus de depressão

Leve	Moderada	Maior
✓ Depressão subclínica que tem um ligeiro impacto na nossa quotidiana.	✓ Apresenta mais sintomas e afeta-nos mais o dia a dia.	✓ Depressão clínica → apresenta muitos sintomas que afetam profundamente o funcionamento e quase que nos impede de levar a cabo as nossas atividades diárias.

Espiral Descendente

A depressão é uma espiral descendente que funciona em vários programas... um pouco com o software informático.. Tente reconhecer uma versão que corresponde àquilo por que está a passar.



Muitas destas espirais funcionam como os vírus informáticos.. Espalham-se e fundem-se.

Como reverter



- Fomentar o contacto com outras pessoas;
- Cuidar de si próprio;
- Fazer exercício físico com regularidade;
- Fazer uma dieta saudável;
- Desafiar os pensamentos negativos.

Enquanto há vida, há esperança.
(Eclesiastes 9:4)



Anexo D36

Folheto informativo “Depressão”

A **depressão** caracteriza-se por alterações do estado de ânimo e que acarreta prejuízos para a vida psíquica e para o funcionamento comportamental do sujeito.

"Enquanto há vida, há esperança".

(Cícero)



Possíveis forma para **reverter** a depressão:

- Fomentar o contacto com outras pessoas;
- Cuidar de si próprio;
- Fazer exercício físico com regularidade;
- Fazer uma dieta saudável;
- Desafiar os pensamentos negativos.

DEPRESSÃO

Sessão n° 18

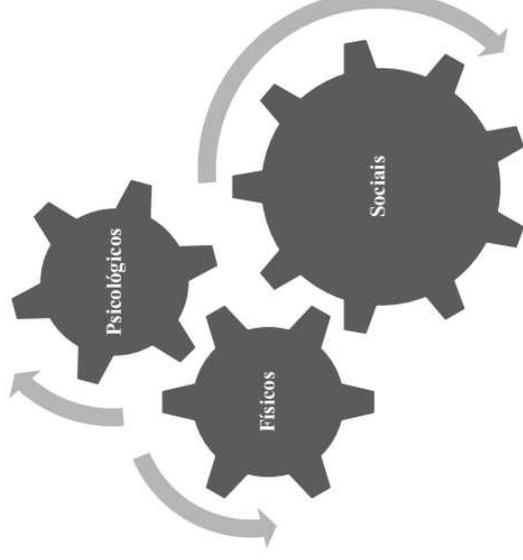
5 Junho 2019

FATORES DE RISCO:

- ✓ Genes;
- ✓ Educação;
- ✓ História pessoal;
- ✓ Cultura;
- ✓ Acontecimentos recentes;
- ✓ Saúde;
- ✓ Regime alimentar;
- ✓ *Stress*;
- ✓ Doença;
- ✓ Trauma;
- ✓ Acontecimentos de vida stressantes;
- ✓ Isolamento.

SINTOMAS:

- Tristeza persistentes;
- Perda de interesse ou prazer em atividades;
- Falta de concentração, de motivação;
- Reduzida autoestima;
- Ansiedade ou preocupação;
- Cansaço, exaustão, falta de energia;
- Choro;
- Perturbação do sono;
- Alterações do apetite (ganho ou perda de peso);
- Discurso/movimentos lentos ou inquietação/ agitação;
- Dificuldades em casa e na vida familiar;
- Evitar o contato com os amigos;
- Redução dos interesses.



Anexo D37

Apresentação “Perdão”

Perdão

Sessão nº 19
12 Junho 2019

No entanto perdoar não é:

- Dar razão ao outro;
- Esquecer o que nos aconteceu;
- Negar a mágoa;
- Desculpar quem nos ofendeu.



*"Os fracos não conseguem perdoar.
O perdão é o atributo dos fortes."*
Mahatma Gandhi

No entanto...

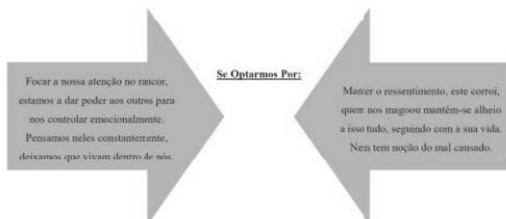
- O perdão não é um ato único e rápido.
- É um processo que se desenvolve ao longo do tempo e no qual a pessoa vira a página a esse mal-estar e renova as suas forças e energia centrando-se no que realmente importa na sua vida.



As ofensas, feridas e mágoas que sofremos demoram um pouco de tempo a acontecer, mas curar essas feridas através do perdão é um processo um pouco mais demorado.



- O perdão provoca uma sensação muito maior de poder e domínio da situação, pois somos nós que escolhemos libertar-nos do rancor e da vingança.



PERDÃO

- É um processo mental com o objetivo de eliminar ressentimento, raiva, rancor ou outro sentimento negativo relativo a determinada pessoa ou a si mesmo.
- Podemos associar o perdão a um sentimento de liberdade, pois liberta o passado e abre novos horizontes para o futuro.

- Quando perdoamos, quem beneficia somos nós e não quem nos ofendeu, pois neste processo individual de perdão essa pessoa não saberá sequer que estamos a perdoá-la.

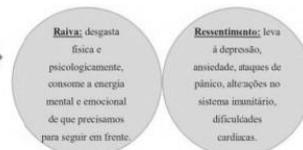


- Libertar o fardo do passado;
- Alivia a carga emocional reprimida que gera pensamentos negativos e que vão destruindo a nossa autoestima ao longo do tempo e levam, a estados de stress, ansiedade e depressão.

RAIVA E RESSENTIMENTO: OS MAIORES INIMIGOS

Por que é que o perdão é fundamental?

- Quando identificamos e lembramos as feridas do passado, podemos sentir raiva e revolta por aquilo que nos aconteceu, gerando assim um ressentimento que se vai acumulando e que nos vai corroer internamente.



- O perdão começa sempre com uma decisão. Querer ver as experiências de uma forma diferente, escolher libertar do passado, decidir viver em paz.

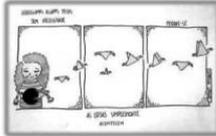
O Perdão não exige que:

- se comunique diretamente com a pessoa que nos ofendeu;
- mude de Kto ou aceite os Ktos de ofensa dos outros;
- desculpe os Ktos inadequados de quem o ofendeu.

"Quando mudo a forma de olhar para as coisas, as coisas para as quais olho mudam."
Wayne Dyer

A QUEM DEVEMOS PERDOAR?

- Em 1º lugar, a nós mesmos! Culpamo-nos pelo que nos fizemos, por não reagir ou reagir tarde demais, por sermos perfeccionistas e exigentes demais, por não ter o corpo de que gostaríamos, por defeitos de Kto.
- Devemos perdoar-nos por todas as fraquezas, por não gostar de nós, por fazermos-nos mal, por criticar e julgarmos-nos, por termos exigido demais.



- Em 2º lugar, devemos perdoar aos outros, aos membros da nossa família que nos feriram, consciente ou inconscientemente, perdoar aos outros pelo que nos fizeram ou impediram de fazer.



"Perdoar é uma das formas mais profundas de nos relacionarmos conosco próprios."

Como perdoar a mim mesmo em 6 etapas – Exercício Prático:

1. Procure um local onde esteja só, sem interrupções, e pense no assunto pelo qual se quer perdoar. Faça-o mentalmente ou verbalize o usando a sua voz. Refina a situação ou comece por: "Eu quero perdoar-me por...".
2. Mantenha essa conversa consigo mesmo procurando intensificar a sensação de desconforto associada ao assunto pelo qual se quer perdoar. Deixe que venha tudo ao de cima. É natural que se emocione, mas mantenha-se atento e identifique os sentimentos associados: dor, mágoa, culpa, vergonha, raiva, desgosto, autocensura ou punição.
3. Depois de identificar os 2 ou 3 principais sentimentos associados, escreva-os no seu caderno de reflexões da seguinte forma: "Eu quero libertar-me da _____, da _____ e da _____". E sinta total disponibilidade para deixar que isso saia finalmente da sua vida.

4. Reconheça e identifique quais serão os benefícios que sentirá ao perdoar-se a si mesmo. Como será prosseguir com a sua vida com sentimentos opostos ou alternativos aos que identificou.
5. Com tudo isto bem presente, seguidamente diga (mental ou verbalmente): "Eu perdo-me por _____. Quero prosseguir com a minha vida sentindo _____". Assim que encontrar a forma que lhe pareça mais adequada de o expressar, escreva-a para reforçar a sua intenção e diga-a sempre que for oportuno.
6. Repita estes passos com dedicação e persistência durante o tempo que for necessário. Muitas vezes este não é um processo imediato. Gradualmente, com o tempo e com a prática, vai começar por sentir uma redução na intensidade do que mais o incomodava até que se desvaneece totalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gonçalves, C. & Laranjeira, R. (2016). *Viver Sem Ansiedade - Agora e Para Sempre*. Lisboa: Verso de Kapa.



Anexo D38

Folheto informativo “Perdão”

3. Depois de identificar os 2 ou 3 principais sentimentos associados, escreva-os no seu caderno de reflexões da seguinte forma: “Eu quero libertar-me da _____, da _____ e da _____.”. E sinta total disponibilidade para deixar que isso saia finalmente da sua vida.

4. Reconheça e identifique quais serão os benefícios que sentirá ao perdoar-se a si mesmo. Como será prosseguir com a sua vida com sentimentos opostos ou alternativos aos que identificou.

5. Com tudo isto bem presente, seguidamente diga (mental ou verbalmente): “Eu perdoo-me por _____. Quero prosseguir com a minha vida sentindo _____.” Assim que encontrar a forma que lhe pareça mais adequada de o expressar, escreva-a para reforçar a sua intenção e diga-a sempre que for oportuno.

6. Repita estes passos com dedicação e persistência durante o tempo que for necessário. Muitas vezes este não é um processo imediato. Gradualmente, com o tempo e com a prática, vai começar por sentir uma redução na intensidade do que mais o incomodava até que se desvanece totalmente.

Perdão



Perdão

- Processo mental com o objetivo de eliminar ressentimento, raiva, rancor ou outro sentimento negativo relativo a determinada pessoa ou a si mesmo.

- Podemos associar o perdão a um sentimento de liberdade, pois liberta o passado e abre novos horizontes para o futuro.

No entanto perdoar não é:

- Dar razão ao outro;
- Esquecer o que nos aconteceu;
- Negar a mágoa;
- Desculpar quem nos ofendeu.

“Os fracos não conseguem perdoar. O perdão é atributo dos fortes.”

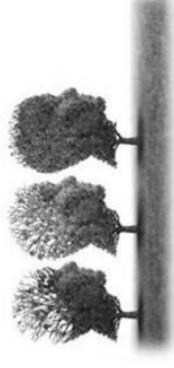
Mahatma Gandhi.



- Devemos perdoar em 1º lugar a nós próprios, pois muitas vezes culpamos-nos por aquilo que nos fizeram, por não reagir ou reagir tarde demais, por sermos perfeccionistas e exigentes demais, o que se torna prejudicial física e psicologicamente.

- Em 2º lugar, devemos perdoar os outros que nos fizeram mal.

“Perdoar é uma das formas mais profundas de nos relacionarmos conosco próprios.”



Como perdoar a mim mesmo em 6 etapas – Exercício Prático:

1. Procure um local onde esteja só, sem interrupções, e pense no assunto pelo qual se quer perdoar. Faça-o mentalmente ou verbalize-o usando a sua voz. Refira a situação ou comece por: “Eu quero perdoar-me por...”.

2. Mantenha essa conversa consigo mesmo procurando intensificar a sensação de desconforto associada ao assunto pelo qual se quer perdoar. Deixe que venha tudo ao de cima. É natural que se emocione, mas mantenha-se atento e identifique os sentimentos associados: dor, mágoa, culpa, vergonha, raiva, desgosto, autocensura ou punição.

Anexo D39

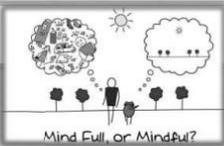
Apresentação “*Mindfulness*: Atenção Plena”



MINDFULNESS: ATENÇÃO PLENA

Sessão nº 20
19 Junho 2019

MINDFULNESS



O *mindfulness* é uma forma de atenção plena, isto é, a concentração no momento atual, intencional e sem julgamento.

Mindfulness

Definition
Mindfulness is paying attention, on purpose, in the present, and non-judgementally, to the unfolding of experience moment by moment — Jon Kabat-Zinn.

Mindfulness attitudes:

- » Patience
- » Nurturing trust
- » Non-striving
- » Acceptance
- » Letting go

What occupies your attention?

- » The present moment
- » Zoning out
- » Distractions and “multi-tasking”
- » Thinking about the future
- » Thinking about the past



Durante a realização de determinada atividade, o praticante deve estar **atento** para as questões relativas de uma situação específica, sem que o seu foco esteja disperso em pensamentos passados ou futuros, e ainda **sem realizar qualquer espécie de julgamento** acerca destes pensamentos.

↓

A prática de *mindfulness* visa apenas que estes pensamentos sejam **observados**, sem que sejam considerados **bons ou maus**.

ACEITAÇÃO

A prática do *mindfulness* ao envolver a aceitação da realidade, em vez de procurar estratégias sistemáticas para a mudar, pode conduzir o indivíduo a experienciar acontecimentos tal como eles são.

Objetivo

Acceptar o momento presente, observar todos os seus aspetos, alargar o horizonte naquele preciso momento e assim **valorizar** aspetos que a maior parte das vezes passam despercebidos.

FORMAS DE PRATICAR



- Sentado/a, prestando atenção à respiração;
- A caminhar;
- Observando atentamente cada movimento ligado ao ato de caminhar.

- Amabilidade;
- Compaixão;
- Alegria;
- Equanimidade.

BEM-ESTAR

AMABILIDADE

- O loving-kindness é menos um sentimento do que uma atitude, uma intenção de ser amável.
- É a capacidade de **oferecer alegria e felicidade !!!**



COMPAIXÃO



- A consciência do sofrimento dos outros designa-se de **compaixão**.



Esta qualidade está relacionada com a capacidade – e não só a intenção – de **oferecer alívio do sofrimento**. Não consiste apenas em ficar triste pelo outro ao ponto de sofrer por ele.

ALEGRIA



- Conexão com a **própria** alegria e sucesso, e com a alegria e sucesso dos **outros**.
- É uma alegria que surge de desejar sinceramente a felicidade e o bem-estar de todos os seres sencientes, de maneira a ficar verdadeiramente feliz com o que quer que algo ou alguém consiga alcançar de benéfico.

EQUANIMIDADE

- **Atitude de não discriminação ou julgamento**, receptiva, onde todas as experiências são bem-vindas. Permite-nos **parar de tentar resolver** todos os nossos problemas, de modo a podermos, de facto, **observar esses problemas**.



O *mindfulness* tem demonstrado um **impacto positivo** na pessoa a nível:

- ✓ Cognitivo;
- ✓ Emocional;
- ✓ Comportamental;
- ✓ Fisiológico.

CONTRIBUTOS / BENEFÍCIOS

↑ concentração e raciocínio;

↓ ansiedade e do stress;

↑ felicidade e do humor;

↑ qualidade de vida;

↑ capacidade da pessoa para gerir as suas emoções e sentimentos negativos;

↓ acentuada da ruminação de pensamentos negativos;

TÉCNICAS PARA PRATICAR A ATENÇÃO PLENA

- Respirar durante um minuto;
- Observação plena;
- Ouvir atentamente;
- Manter atenção numa rotina regular.



EXERCÍCIO

1. Sente-se direito numa cadeira de espaldar reto. Se possível, afaste um pouco as nádegas da parte de trás da cadeira, de modo a que a sua coluna se suporte a si mesma. Os pés deverão assentar bem no chão. Feche os olhos ou baixe o olhar.

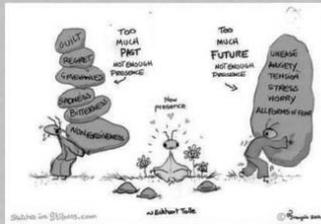


2. Concentre a atenção na sua respiração, na maneira como o ar entra e sai do seu corpo. Esteja atento às diferentes sensações de cada inspiração e de cada expiração. Observe a respiração sem ficar à espera de que aconteça algo de especial. Não há necessidade de alterar a sua respiração.

3. Ao fim de algum tempo, a mente começa a divagar. Quando se aperceber disso, traga sua vemente a sua atenção para a respiração, sem se esforçar muito.
Conseguir aperceber-se de que a sua mente divagou e trazer a sua atenção de volta sem se criticar é fundamental para a prática da Meditação de Atenção Plena.

4. A sua mente poderá atingir um estado de quietude como uma lagoa tranquila - ou não. Mesmo que tenha uma sensação de calma absoluta, poderá ser apenas passageira. Se se sentir zangado ou desesperado, também esta sensação poderá ser apenas passageira.
Seja como for, deixe que aconteça.

5. Passado um minuto, deixe que os olhos se abram e tome consciência de onde está.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bien, T. (2008). The four immeasurable minds: Preparing to be present in psychotherapy. In S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 37-54). New York: Guilford Press.
- Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 55-72). New York: Guilford Press.
- Morgan, W. D., & Morgan, S. T. (2005). Cultivating attention and empathy. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 73-90). New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go, there you are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*.

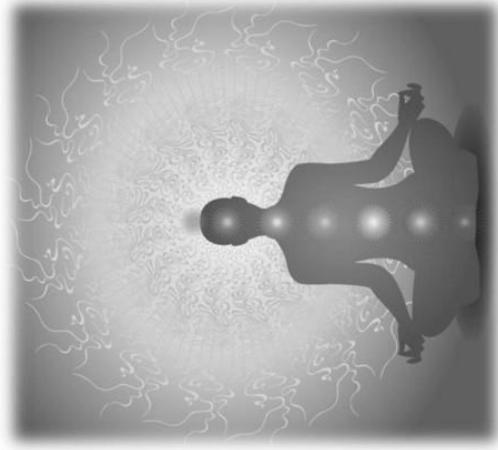
Anexo D40

Folheto informativo “*Mindfulness*: Atenção Plena”

4. A sua mente poderá atingir um estado de quietude como uma lagoa tranquila- ou não. Mesmo que tenha uma sensação de calma absoluta, poderá ser apenas passageira. Se se sentir zangado ou desesperado, também esta sensação poderá ser apenas passageira. Seja como for, deixe que aconteça.

5. Passado um minuto, deixe que os olhos se abram e tome consciência de onde está.

Mindfulness: Atenção Plena



Sessão nº 20
19 Junho 2019

Mindfulness

- O *mindfulness* é uma forma de atenção plena, isto é, a concentração no momento atual, intencional e sem julgamento.
- Durante a realização de determinada atividade, o praticante deve estar **atento** para as questões relativas de uma situação específica, sem que o seu foco esteja disperso em pensamentos passados ou futuros, e ainda **sem realizar qualquer espécie de julgamento** acerca destes pensamentos.

4 atitudes:

- Amabilidade;
- Compaixão;
- Alegria;
- Equanimidade.



Benefícios:

- Aumento da concentração, raciocínio, da felicidade e do humor;
- Aumento da Qualidade de Vida;
- Diminuição da ansiedade e stress;
- Aumento da capacidade para gerir as suas emoções e sentimentos negativos.

- 1.** Sente-se direito numa cadeira de espaldar reto. Se possível, afaste um pouco as nádegas da parte de trás da cadeira, de modo a que a sua coluna se suporte a si mesma. Os pés deverão assentar bem no chão. Feche os olhos ou baixe o olhar.
- 2.** Concentre a atenção na sua respiração, na maneira como o ar entra e sai do seu corpo. Esteja atento às diferentes sensações de cada inspiração e decada expiração. Observe a respiração sem ficar à espera de que aconteça algo de especial. Não há necessidade de alterar a sua respiração.
- 3.** Ao fim de algum tempo, a mente começa a divagar. Quando se aperceber disso, traga suavemente a sua atenção para a respiração, sem se esforçar muito- conseguir aperceber -se de que a sua mente divagou e trazer a sua atenção de volta sem se criticar é fundamental para a prática da Meditação de Atenção Plena.

Anexo D41

Apresentação “*Mindfulness*: Plano de 8 semanas”



MINDFULNESS :Plano de 8 semanas

Sessão nº21

26 Junho 2019

Primeira Semana

DESLIGAR O PILOTO AUTOMÁTICO

Primeiras 4 semanas

- ▶ Aprender a prestar uma atenção especial, de coração aberto, aos diferentes aspetos do mundo interno e externo;
- ▶ Também aprenderá a usar a meditação Pausa de Três min. para se enraizar durante o dia ou para sempre que sentir que a vida lhe escapa. Ajuda a consolidar aquilo que aprende durante práticas formais mais longas.

Restantes 4 semanas

- ▶ Aprender a enfrentar as dificuldades que surgem na vida;
- ▶ Aprenderá a ser amável em relação a si próprio;
- ▶ Usar a meditação para ajudar a fazer escolhas mais hábeis;
- ▶ Ajuda-o a entrelaçar a atenção plena na sua vida diária, para que esteja lá sempre que necessário.

▶

- ▶ Ajuda-o a ver o piloto automático em ação e **encoraja-o a explorar o que acontece** quando “acorda”.
- ▶ A parte central desta semana é uma **meditação Corpo e Respiração**, que estabiliza a mente e o ajuda a perceber o que se mostra quando concentra a sua atenção total numa coisa de cada vez.
- ▶ Uma outra meditação mais curta ajuda-o a despertar os sentidos através do ato de comer com atenção plena. Embora as duas práticas sejam muito simples, também oferecem as bases essenciais sobre as quais assentam todas as outras meditações.

▶

Segunda Semana

TER EM MENTE O CORPO

- ▶ Usa uma meditação simples de rastreio do corpo para ajudar a explorar a diferença entre pensar sobre uma sensação e vivê-la. Muitos de nós gastamos uma parte tão grande do nosso tempo a viver “na nossa cabeça” que quase nos esquecemos do mundo vivido diretamente através dos sentidos.
- ▶ A meditação de **Rastreio Corporal** ajuda a treinar a mente de modo a que possa **focar a sua atenção diretamente nas sensações corporais**, sem julgar ou analisar o que descobriu. Isto ensina-o a distinguir, cada vez mais claramente, quando é que a mente começa a vaguear sozinha, de modo a que gradualmente aprenda a “saborear” a diferença entre “a mente pensante e a “mente que sente”.

▶

Terceira Semana

O RATO NO LABIRINTO

- ▶ Constrói-se sobre as sessões prévias com algumas práticas de Movimentos com Atenção Plena não muito exigentes, assentes no yoga. Os movimentos, embora não sendo difíceis por si só, permitem-lhe **perceber** mais claramente quais são os seus **limites mentais e físicos**, e como pode reagir quando os alcança.
- ▶ Ajudam a mente a continuar o **processo de reintegração do corpo**. Gradualmente irá aprender que o corpo é requintadamente sensível ao facto de fazer emergir sentimentos perturbadores quando você está a focar-se demasiado no objetivo - e isto permite-lhe ver até que ponto fica tenso, zangado ou infeliz quando as coisas não correm de maneira que quer.
- ▶ É um **sistema de aviso inicial** dotado de **profundo poder e significado**, que lhe permite **evitar os problemas** antes de eles assumirem uma dimensão imparável.

▶

Quarta Semana

ULTRAPASSAR OS RUMORES

- ▶ Apresentação de uma meditação **Sons e Pensamentos**, que revela progressivamente a forma como podemos ser sugados por “excesso de pensamento” sem darmos conta.
- ▶ Aprenderá a **encarar os seus pensamentos como acontecimentos mentais que vão e vêm**, tal como os sons.
- ▶ Ao meditar sobre os sons à sua volta, acabará por perceber que “a mente está para o pensamento como o ouvido está para o som”. Isto ajuda-o a colocar-se numa postura “descentrada” em relação aos seus pensamentos e sentimentos, observando-os a vir e a ir no espaço de consciência.
- ▶ Isto fará **reforçar a clareza da consciência e encorajá-lo a adotar uma perspetiva diferente** acerca das suas **questões de tempo e problemas**.

Quinta Semana

VIRAR-SE PARA AS DIFICULDADES

- ▶ Apresenta uma meditação intitulada **Explorar as Dificuldades**, que o ajuda a **enfrentar** (em vez de evitar) as dificuldades que surgem na sua vida de tempos a tempos.
- ▶ Muitos dos problemas da vida podem resolver-se por si próprios, mas alguns precisam de ser encarados com **espírito de abertura, curiosidade e compaixão**.
- ▶ Se não abraçar estas dificuldades, então elas podem arruinar-lhe a vida de uma vez por todas.

Sexta Semana

PRESO NO PASSADO OU VIVER NO PRESENTE?

- ▶ Desenvolve este processo ainda mais, explorando o modo como as formas negativas de pensar se dissipam gradualmente quando se cultiva ativamente a **bondade amorosa e a compaixão** através da **Meditação da Amabilidade e atos de generosidade na vida diária**.
- ▶ Cultivar a amabilidade em relação a si próprio, incluindo aquilo que vê em si como “erros” e “incompetências” é a pedra angular para **encontrar a paz** num mundo frenético.

Sétima Semana

QUANDO É QUE DEIXOU DE DANÇAR?

- ▶ Explora a **ligação íntima** entre as nossas **rotinas diárias, atividades, comportamentos e humores**.
- ▶ Quando estamos esgotados e sob *stress*, muitas vezes desistimos das coisas que nos “alimentam” para dedicarmos tempo às coisas mais “urgentes” e “importantes”. Tentamos pôr a casa em ordem.
- ▶ A sétima semana centra-se no uso da meditação para **o ajudar a fazer escolhas cada vez mais hábeis**, de modo a que possa ter mais tempo para as coisas que o alimentam e **limitar os aspetos negativos** daquilo que lhe esgota os recursos internos e o desgasta. Isto irá ajudá-lo a entrar num círculo virtuoso que conduz a uma **maior criatividade, resiliência e capacidade** para apreciar a vida espontaneamente como ela é, em vez de como gostaria que ela fosse.
- ▶ As ansiedades, os motivos de stress e as preocupações continuarão a surgir, mas têm mais probabilidades de se dissipar à medida que aprender a enfrentá-los com gentileza.

Oitava Semana
A SUA VIDA SELVAGEM
E PRECIOSA?

- ▶ Ajuda-o a entrelaçar a atenção plena na sua vida diária, para que ela esteja sempre lá quando mais precisar.

“É importante que se importe. É importante que sinta. É importante que repare”!!!

Dicas
MANTER A ATENÇÃO
PLENA

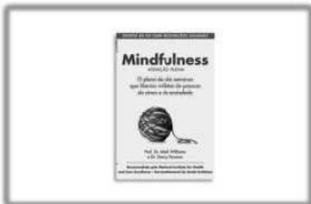
- ▶ Comece o dia com atenção plena;
- ▶ Pratique pausas para respirar ao longo do dia;
- ▶ Mantenha a prática da atenção plena;
- ▶ Aceite com bondade os seus sentimentos;
- ▶ Quando se sentir cansado, frustrado, nervoso ou sentir qualquer outra emoção forte, faça uma pausa de 3 minutos;
- ▶ Atividades com atenção plena;
- ▶ Faça mais exercício;
- ▶ Lembre-se da respiração.

Nós podemos dizer-lhe tudo isto, até podemos demonstrá-lo com as ferramentas mais potentes que a ciência dispõe, mas tem de ser você a vivê-lo por si próprio para o entender verdadeiramente.

Exercício

Referências Bibliográficas

- ▶ Mindfulness- Atenção Plena- O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade. Prof. Dr. Mark Williams e Dr. Danny Penman.



Anexo D42

Folheto informativo “*Mindfulness*: Plano de 8 semanas”

6. Passe um minuto ou dois a tomar consciência de todo o corpo. Se possível, deixe que o seu corpo e as suas sensações sejam aquelas que encontrou. Explore a sensação de se libertar da tendência para querer as coisas de uma certa maneira. Até mesmo um breve momento a ver como as coisas são - sem querer mudar nada- pode ser profundamente enriquecedor.

Focar-se nas sensações da respiração

7. Agora, traga a sua consciência para a respiração, para o movimento do ar a sair e entrar no corpo, a nível do abdómen. Nesta fase, poderá colocar a mão sobre o peito durante algumas respirações, e sentir o abdómen a subir e a descer.

8. É possível que repare nas sensações suaves do abdómen a esticar quando sobe um pouco, em cada inspiração, e registre diferentes sensações quando o abdómen desce, a cada expiração.

9. Siga com atenção e de perto, o melhor que puder, de modo a aperceber-se da mudança de todas as sensações físicas durante cada inspiração e expiração, atentando nas pequenas pausas entre uma inspiração e a expiração seguinte, e entre uma expiração e a inspiração seguinte.

10. Não há necessidade de tentar controlar a sua respiração seja de que modo for - deixe apenas que a respiração se faça por si.

Mindfulness: Plano de 8 semanas



Instalar-se

1. Instale-se numa posição confortável, deitado ou sentado numa cadeira. Se usar uma cadeira, é preferível uma de espaldar direito (em vez de cadeira de braços), de modo a que possa sentar-se um pouco afastado da parte de trás da cadeira e a coluna se suporte a si mesma. Se tiver alguma incapacidade que implique desconforto ao sentar-se desta maneira ou deitado de costas, procure uma postura em que se sinta confortável e que o ajude a manter a sensação de estar totalmente desperto a cada momento.

2. Se ficar sentado, garanta que as suas costas adotam uma postura ereta e natural, nem rígida nem tensa, mas confortável. Se estiver sentado numa cadeira, ponha os pés bens assentes no chão sem cruzar as pernas. Deixe que os seus olhos se fechem, se assim se sentir confortável. Senão, baixe o seu olhar de modo a que vá descendo, sem se focar, até ficar apenas a alguns centímetros à sua frente. Se estiver deitado, mantenha as pernas descruzadas com os pés afastados um do outro e os braços descaídos e ligeiramente afastados do corpo, de modo a que as palmas das mãos estejam abertas para o teto, se assim estiver confortável.

Trazar atenção plena ao corpo

3. Traga a sua consciência para as sensações físicas, concentrando a atenção nas sensações dos pontos do corpo que estão em contacto com o chão e com o objeto sobre o qual está sentado ou deitado. Dedique alguns momentos a explorar estas sensações.

4. Agora, canalizando a atenção para os seus pés, começando pelos dedos grandes, expanda o "campo de atenção" até às plantas dos pés, aos calcanhares e à ponta dos pés, permanecendo atento a qualquer das sensações físicas de que tem consciência em ambos os pés, a cada momento. Passe alguns instantes atento aos pés desta forma, reparando no modo com as sensações surgem e se dissolvem em consciência. Se não houver sensações nesta região do corpo, não se preocupe. É perfeitamente legítimo, já que o objetivo não é tentar fazer com que as sensações aconteçam, mas simplesmente registar o que já existe quando lhe presta atenção.

5. Agora, expanda a sua atenção de modo a incluir as duas pernas durante alguns momentos, depois o tronco (desde a bacia, ancas até aos ombros); depois o braço esquerdo; depois o direito; e a seguir o pescoço e a cabeça.

Anexo E

Tabela de Reuniões Científicas

DATA	TEMÁTICA
10/10/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clozapina: antipsicótico. ▪ Interna de Psiquiatria: Dra. Filipa.
07/11/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ética na Doença Mental. ▪ Professor Valter Osvaldo.
14/11/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento Farmacológico da Perturbação Bipolar. ▪ Interno de Psiquiatria: Dr. José Santos Morais.
05/12/2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde e Cuidar. ▪ Anselmo Bosque.
09/01/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado. ▪ Advogada: Dra. Conceição Sampaio.
30/01/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria – Défices Cognitivos com Alucinações Visuais: um diagnóstico improvável. ▪ Assistente Hospitalar de Psiquiatria: Dr. Pedro Esteves.
06/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria – Arquitetura e Saúde Mental. ▪ Arquiteto: Carlos Nuno Lacerda.
27/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria – Violência e Saúde. ▪ Equipa para a prevenção da violência em adultos (EPVA): Isabel Brandão, Gustava Martins, Maria Araújo e Miguel Sampaio.
13/03/2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4º Ciclo de Reuniões do Serviço de Psiquiatria – Delirium no Internamento. Uma Rota do Sintoma à Intervenção. ▪ Unidade de psiquiatria de ligação: Eduarda Pereira, Ana Sofia Machado, Cristina Sousa, Constança Reis, Alexandra Corte-Real e Rosa Grangeia.

27/03/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ Artigo nº 20 do Código Penal: Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica – Caso Clínico de Violência Doméstica e Homicídio.▪ Dr. Mário Viana (Instituto de Medicina Legal).
03/04/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ Cinema e Saúde Mental.▪ Mário Augusto (Jornalista).
10/04/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ Pessoa em situação de sem-abrigo.▪ Psiquiatra CH: Henrique Salgado.
08/05/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ DICAD: Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências.▪ Psiquiatra: Teresa Guimarães; Professor: Rui Guimarães.
05/06/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ Determinantes Sociais da Saúde e para a Saúde.▪ Coordenadora da Unidade de Saúde Pública – ACES; Grande Porto VI – Porto Oriental: Dra. Eduarda Ferreira.
19/06/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ Perturbação de Personalidade Borderline e Trauma Complexo.▪ Interno de Psiquiatria Hospital Magalhães Lemos: Fábio Monteiro.
26/06/2019	<ul style="list-style-type: none">▪ Agressores Sexuais no âmbito da Psiquiatria Forense.▪ Interno de Psiquiatria CH: Vítor Covelo.

Anexo F

Atividades realizadas durante o Estágio Curricular

Anexo F1

Apresentação “Mulher na Doença Mental e Estratégias de
Coping”

A MULHER NA SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIAS DE *COPING*



8 Março 2019

SITUAÇÃO DE CRISE

- **Crise** → estado do sistema no momento em que uma mudança está presente



Entendida como momento necessário de **mudança** ou de **reestruturação**

Crise → Ocasão (de **mudança**) e/ou **risco** (de patologia ou disfuncionamento)

SITUAÇÃO DE CRISE

- **Se a situação de crise:**

Resolvida satisfatoriamente → pode auxiliar o desenvolvimento do indivíduo;
Não resolvida → pode ser um risco, aumentando a vulnerabilidade da pessoa para transtornos mentais.

O indivíduo pode apresentar sinais e sintomas clínicos em resposta ao estado provocado pela crise, necessitando, consequentemente, de uma intervenção para a sua resolução.

COPING



Esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo realiza para gerir as exigências internas e externas da interação entre si e o seu meio
(Folkman, Lazarus, Gruer, & DeLongis, 1986)

- **Efcaz:** reduz a tensão, favorece a adaptação, pelo que, podem ser adaptativas numa situação e não ter o mesmo efeito noutra.
- As estratégias de *coping* podem ser orientadas através de 2 objetivos distintos que consistem na resolução do problema e no controlo das emoções (Folkman, 1982; Lazarus e Folkman, 1984).

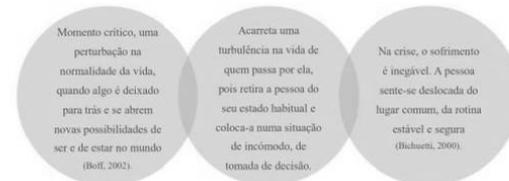
SUMÁRIO

1. Desafios colocados às mulheres em situações de crise;
2. Estratégias de *coping* em situações de crise.



- ✓ Stress do trabalho
- ✓ Doença
- ✓ Dor crónica
- ✓ Violência doméstica

SITUAÇÃO DE CRISE



RESILIÊNCIA

- Capacidade do indivíduo se manter psicologicamente ajustado apesar da exposição a eventos potencialmente traumáticos e está associada a uma variedade de processos, incluindo a utilização de estratégias de *coping* específicas (Bonanno 2004).



ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM SITUAÇÕES DE CRISE

- Lazarus e Folkman (1980) identificaram 8 formas de *coping* :



ESTRATÉGIAS DE COPING EM SITUAÇÕES DE CRISE



- **Autocontrole:** tentativa de modelar os próprios sentimentos e ações em relação ao problema;
- **Suporte Social:** procura e tenta obter apoio informativo ou emocional;
- **Fuga e Evitamento:** ter um pensamento mágico sobre a situação ou ações para afastamento da situação;
- **Resolução Placada do Problema:** ex.: "Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corresse bem";

(Folkman, 1982; 1984; Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1993)

ESTRATÉGIAS DE COPING EM SITUAÇÕES DE CRISE



- **Reavaliação Positiva:** tenta criar um significado positivo para a situação em termos de crescimento pessoal;
- **Assumir a Responsabilidade:** reconhecer o nosso papel no problema tentando simultaneamente resolver a situação;
- **Confrontação:** ex.: "Mantive a minha posição e lutei pelo que queria";
- **Distanciamento:** realização de esforços para se afastar da situação ou criar uma visão mais positiva.

(Folkman, 1982; 1984; Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1993)

COPING NO STRESS DO TRABALHO



DESAFIOS

Mulheres submetidas a um maior número de pressões relacionadas ao trabalho → discriminação sexual, assédio sexual, preconceito, isolamento, conflitos entre o trabalho e responsabilidades familiares.

↓
Stress → insatisfação no trabalho, absentismo, ansiedade, depressão, somatização, uso de tabaco, álcool e drogas;

(Byron & Bryson, 1971; Caplan et al., 1975; Cooper & Davidson, 1957; Gersluis, 1985, 1987, 1988; Herzog & Jendryk, 1977; Houtman & Gilbert, 1979; Sakuma, 1984)

COPING

- ✓ Estratégias orientadas para a **resolução do problema**, **suporte social** associadas a satisfação no trabalho, diminuição da ansiedade, da depressão e da somatização

(Cronkite & Moos, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; Leung, 1988; O'Neill & Zechner, 1985)

COPING NA DOENÇA



DESAFIOS

Em situação de doença, o indivíduo tem de encontrar estratégias para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, assim como, manter-se adaptado.

↓
Torna-se imperioso a utilização de estratégias que permitam lidar com a perda de saúde, perda das capacidades físicas e perda de certeza quanto ao futuro

COPING

- ✓ Estratégias orientadas para a **resolução do problema** têm sido associadas a baixos índices de morbidade psicossocial;
- ✓ Estratégias de **evitamento**, **negação**, **distanciamento** e a **fuga do problema**, estão associadas a uma maior angústia e posteriormente podem ser um fator de risco para respostas adversas ao stress.

(Varela, M. & Leal, I., 2007)

COPING NA DOR CRÔNICA



DESAFIOS

A dor crónica está relacionada com o stress emocional, expressão e processamento emocional (Lumley et al., 2011).

↓
As estratégias de coping utilizadas, são determinantes para todo o processo, desde a perceção de dor, avaliação da sua experiência dolorosa, expectativas quanto ao tratamento e adesão à terapêutica (Oliveira et al., 2009).

COPING

- ✓ Estratégias mais frequentes na dor crónica são: o **confronto** e **resolução de problemas**, **estratégias de controlo das emoções** e o **abandono passivo da situação**.

(Blissing, Ostermann, Neugebauer & Henner, 2010)

COPING NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



DESAFIOS

Os maus tratos sofridos pela mulher geram perdas significativas na sua saúde física e mental, bem como nas relações sociais, que deixam de funcionar como rede de apoio (Monteiro & Souza, 2007).

↓
Os efeitos posteriores da vitimização podem ser minimizados ao estimular ou exercitar estratégias de coping durante intervenções (ex.: debater crenças distorcidas e mal adaptativas)

COPING

- ✓ Estratégias orientadas para a **resolução do problema**, **suporte social**, **reavaliação positiva** → aumento da resistência em situação de violência;
- ✓ Estratégias centradas na **emoção** → mais sujeitas a desenvolver sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático

(Arias, I. & Pape, K. T., 1999)

CONCLUSÃO

As estratégias de coping não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do coping deve-se ao **equilíbrio** entre o controlo do desconforto emocional e a gestão de problema que origina o desconforto. As estratégias de coping utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objetivos, convicções e estilos de coping do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).



Ex.: Embora a **negação** e a **fuga** possam ser eficazes por não resolverem o problema:

- ✓ Têm valor adaptativo quando nada pode ser feito para aliviar o desconforto que a situação provoca,
- ✓ Relativamente eficazes numa fase inicial de confronto com a situação.

(Stoebe & Stoebe, 1999)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, I. & Pape, K. T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave partners. *Violence and victims*, 14(1), 55-67.
- Bichueti, J. L. (2000). *Crisevida: outras lembranças*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari;
- Boff, L. (2002). *Crise: oportunidade de crescimento*. Campinas: Verus;
- Bonanno, G. A. (2004). "Loss, Trauma, and Human Resilience: Have we Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?". *American Psychologist*, 59, 20-28;
- Blissing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BioMed Central Public Health*, 10, 1-10.
- Cronkite, R.C., & MOOS, R.H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 372-393.
- Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behaviour*, 3, 95-107;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Folkman S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852;
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). "An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample". *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239;
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579;
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579;
- Lazarus, R. S. (1993). "Coping Theory and Research: Past, Present, and Future". *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247;
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Long, B. (1988). Work-related stress and coping strategies of professional women. *Journal of Employment Counseling*, 25, 37-44;
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radeliffe, A. M., Poeter, L. S., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 9(67), 942-968;
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M. J., Costa, M. E., & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivências da dor crônica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 511-519;
- O'Neill, C.P. & Zeichner, A. (1985). Working women: A study of relationships between stress, coping and health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4, 105-116;
- Stroebe, M., & Stroebe, R. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Edições Piaget.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV): 479-488.
- World Health Organization (WHO). (2001). *The World Health Report 2001: mental health new understanding, new hope*. Geneva: WHO.

Anexo F2

Apresentação Jornadas IUCS “*Coping* em Amputados”

Estratégias de *Coping* em Amputados



AMPUTAÇÃO



- Amputação é a perda (cirúrgica ou traumática) de um segmento do corpo, sendo aplicada aquando de uma lesão (traumática, vascular, ou outra) que tenha afetado de uma forma irreparável o ser humano, causando limitação funcional

(Vaz, Roque, Pimentel, Rocha & Duro, 2012)

AMPUTAÇÃO

Condicionamento em múltiplos aspetos da vida do indivíduo:

- Imagem corporal;
- Dependência nas AVD;
- Mobilidade;
- Saúde;
- Atividades profissionais e extra-profissionais.



RESPOSTAS PSICOLÓGICAS À AMPUTAÇÃO

- Perder uma parte do corpo é ter de se adaptar, re-adaptar, aprender a viver novamente assumindo uma nova perspectiva do Mundo para si, para os outros e para os objetos.



Possíveis reações emocionais à amputação:

- | | |
|---|---------------------------|
| ▪ Pesar; | ▪ Ansiedade; |
| ▪ Angústia; | ▪ Esperança/otimismo; |
| ▪ Alívio; | ▪ <i>Distress</i> /choro; |
| ▪ Tristeza; | ▪ Incerteza; |
| ▪ Negação; | ▪ Vulnerabilidade; |
| ▪ Sentimentos de mutilação / alteração da imagem corporal; | ▪ Depressão; |
| ▪ Dificuldades sexuais; | ▪ Mania; |
| ▪ Arrependimento; | ▪ Psicose. |

Engstrom B, van de Vem C, 1999

RESPOSTAS PSICOLÓGICAS À AMPUTAÇÃO

- A perda é a emoção especialmente dominante nos traumatizados jovens, para os quais a amputação é quase sempre resultado de um evento súbito, inesperado, e para os quais o nível de funcionamento prévio era ótimo.
- **Perda:**
 - ✓ do membro amputado;
 - ✓ de função;
 - ✓ da auto-imagem;
 - ✓ da carreira profissional;
 - ✓ dos relacionamentos interpessoais, ...

Engstrom B, van de Vem C, 1999

FATORES ASSOCIADOS À AMPUTAÇÃO:

Melhor adaptação:

- Maior tempo desde a amputação;
- Melhor suporte social;
- Maiores níveis de satisfação com a prótese;
- Personalidade otimista;
- Nível inferior da amputação;
- Menor dor fantasma.

Pior adaptação:

- Demência;
- Alterações cognitivas;
- Co-morbilidades;
- Atraso na cicatrização;
- Contraturas articulares;
- Níveis altos de amputação

ESTRATÉGIAS DE COPING

- **Coping ativo:** Tomar medidas ativas para remover ou contornar determinado problema e os seus efeitos;
- **Planear:** Pensar em como lidar com determinado problema;
- **Desinvestimento comportamental:** Colocar de lado outras atividades, para não se distrair com outros acontecimentos;
- **Autoculpabilização:** O indivíduo culpabiliza-se pela situação, independentemente de ter culpa ou não;

- **Religião:** Fonte de apoio emocional, como forma de lidar com o problema ou de reinterpretação positiva;
- **Expressão de sentimentos:** Tentativa de expressar qualquer angústia que se está a experimentar para ventilar esses sentimentos;
- **Negação:** A pessoa recusa a acreditar que o problema existe e tenta agir como se este não fosse real.

COPING

O *coping* pode ser definido como os esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo realiza para gerir as exigências internas e externas da interação entre si e o seu meio (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).



➤ Procura de apoio social

- ↳ **Instrumental:** procurar conselhos, informações ou assistência;
- ↳ **Emocional:** procura de apoio moral, simpatia e compreensão.

➤ Reinterpretação positiva:

Focalizada na emoção, destinada a gerir as emoções em vez de proporcionar angústia ao lidar com o problema;

➤ Aceitação:

Aceitação da realidade de uma situação ativadora de stress e tentar lidar com a situação;

ESTRATÉGIAS DE COPING - VANTAGENS

Amputados conseguem **identificar aspetos positivos** da sua situação. Ex.: independência obtida com a prótese, alteração na atitude perante a vida, melhoria na capacidade de enfrentar os problemas, e eliminação da dor.



A **reinterpretação positiva** após amputação encontra-se associada a avaliações de saúde e capacidade física mais favoráveis, baixos níveis de restrição nas atividades atléticas e maior ajustamento à situação de amputação.

Maior procura de **apoio social** associada a um **melhor funcionamento**, a **menores índices de sintomatologia depressiva** e a **maior adaptação social** pós-amputação.

(Scharloo, et al., 1998; Desmond & MacLachlan, 2006)



Estratégias ativas/orientadas para a tarefa (ex: resolução de problemas e percepção de incapacidade) conduzem a um **ajustamento psicossocial positivo** e têm uma **associação negativa com a depressão**.

(Desmond & MacLachlan, 2006; Livneh et al., 2000)

Estratégias de **coping passivas** e com foco na **emoção** (negação, catastrofização) → pior ajustamento psicossocial e positivamente associado a sintomas de depressão, ansiedade e falta de aceitação do problema.



O **coping ativo** e o **otimismo** contribuem para o retomar das atividades em pacientes amputados, já a catastrofização é associada a uma menor capacidade funcional do paciente.

(Hill et al., 1995)

CONCLUSÃO

- O **coping**, em pessoas com amputação de membros, é um processo que envolve múltiplas demandas, físicas e psicológicas.
- Adotar um estilo ativo, expressivo e pensamentos positivos resulta em maiores níveis de funcionamento, bem-estar psicológico e maior satisfação na vida.

“O fim de uma viagem é apenas o começo de outra...”

Saramago



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation and Psychology*, 41, 285-302.
- * Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006). Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4), 362-368.
- * Engstrom B, van de Vem C: *Therapy for amputees*. Third Edition, 1999, London, p 28-39.
- * Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics International*, 24, 196-204.
- * Hill, A., Niven, C. A., & Knussen, C. (1995). The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 62, 79-86.
- * Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*. 2004; 26:837-850;
- * Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (2000). Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*, 41(3), 235-244.
- * Machado Vaz I, Roque V, Pimentel S, Rocha A, Duro H. Caracterização psicossocial de uma população Portuguesa de Amputados do Membro Inferior. *Acta Med Port*. 2012;25(2):77-82.
- * Scharloo, M., Kaptein, A., Weisman, J., Hazes J., Willem, L., Bergman, W., & Rookmans (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 571-585.

Anexo F3

Certificado de Participação nas Jornadas do IUCS



EVENTOS
CIENTÍFICOS
IUUCS

JORNADAS
CIENTÍFICAS
AEIUCS



A Comissão Científica e Organizadora das **XX Jornadas Científicas de Psicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde**, subordinadas ao tema **“Adolescer”**, certifica que:

Maria Valentina Veiga

apresentaram comunicação livre intitulada: **“Estratégias de coping em amputados”**, nos dias 11 e 12 de abril de 2019, na Alfândega do Porto.

A DIRETORA DO DEP. DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DO COMPORTAMENTO

A PRESIDENTE DO NÚCLEO DE PSICOLOGIA



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



AEIUCS
ASSOCIAÇÃO ESTUDANTES
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



NÚCLEO
DE PSICOLOGIA

Anexo F4

Apresentação “Ansiedade no AVC”

O QUE É A ANSIEDADE?



ANSIEDADE

- "Estado mais duradouro de ameaça ou apreensão que envolve medo mas também a crença de que certas coisas ou situações são incontroláveis ou incertas";
- Vista como o estarmos continuamente em modo ameaça e **pode ser sentida de várias formas**



Forma de Pensar
Emoções
Reação Física
Comportamento



ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS

- Cerca de 4 em cada 10 pessoas desenvolvem depressão significativa após o AVC (Rudd et al., 2000).
 - » Sintomas de depressão:
 - » Tristeza
 - » Perda de interesse
 - » Sentimento de irritabilidade
 - » Ansiedade
 - » Sem energia
 - » Ideação suicida
 - » Fraco auto-conceito
 - » Irritabilidade
- Alterações de personalidade
- Sentimentos de medo e preocupação

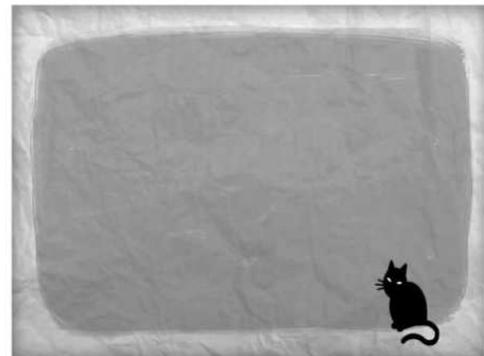
SINTOMAS DA ANSIEDADE

Físicos:

- Dor ou aperto no peito;
- Respiração ofegante ou falta de ar;
- Aumento do suor;
- Tremores;
- Sensação de fraqueza ou cansaço;
- Boca seca;
- Mãos e pés frios ou suados;
- Náusea;
- Tensão muscular;
- Agitação dos braços e pernas;
- Dor de barriga ou diarreia.

Psicológicos:

- Constante tensão ou nervosismo;
- Sensação de que algo mau vai acontecer;
- Problemas de concentração;
- Medo constante;
- Pensamentos descontrolados;
- Preocupação exagerada;
- Alteração do sono;
- Irritabilidade.



ANSIEDADE NO AVC - SOBREVIVENTE

- Alterações físicas e psíquicas;
- Retirada do mundo do trabalho;
- Reforma antecipada;
- Necessidade de apoio familiar e social;
- Aumento do número de consultas e do consumo de medicamentos;
- Diminuição de recursos materiais;
- Necessidade de reabilitação física, psíquica, apoio psicológico.



ANSIEDADE NO AVC - CUIDADOR

- Após o AVC a preocupação para todos os envolvidos é muita;
- Famílias e companheiros são suscetíveis de ser profundamente afetados;
- Pode levar muitos meses até se acostumarem ao que aconteceu e se adaptarem às mudanças;
- É provável que o AVC tenha ocorrido sem aviso prévio e isso poderá tornar-se difícil de aceitar;
- A nova situação pode significar expectativas de futuro alteradas ou colocadas em espera.

ANSIEDADE NO AVC - CUIDADOR

- Sobrecarga dos cuidadores familiares;

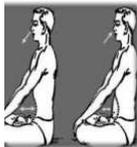
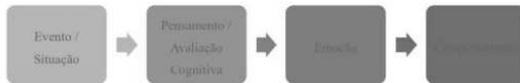
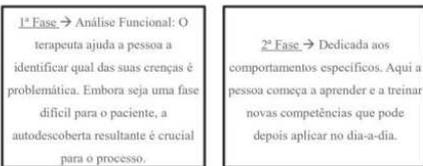
↳ Tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis

- Ansiedade sobre o futuro, fadiga, stress, exaustão, isolamento social, instabilidade emocional e apreensão com outros problemas de saúde;
- Perda de liberdade;
- Tendem a ter mais problemas de saúde;
- Mudanças e Insatisfações Conjugais;
- Sentimentos de culpa por parte do cuidador.



1. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

- Centra-se na mudança do comportamento negativo através da alteração de pensamentos e sentimentos que influenciam a pessoa.



- Inspire pelo nariz até encher os pulmões, faça-o devagar, sinta o ar a descer até ao abdômen. Conte até 4 enquanto inspira.
 - Mantenha o ar dentro do pulmão por 2 tempos, tendo o pulmão e a barriga cheios.
 - Expire pela boca solte o ar dos pulmões num tempo, de forma a esvaziar o pulmão e a barriga completamente.
 - Repita 10-2x, sem apêndia respirar pela barriga, sem contar os tempos.
- Para saber mais sobre este tipo de exercícios

3. RELAXAMENTO MUSCULAR

Progressivo de Jacobson:

- Aprender a contrair e descontraír vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes 2 estados.
- Permite à pessoa reconhecer quando se encontra muito tensa e instruir-se para relaxar, reduzindo o nível de ansiedade.
- Jacobson sentiu que relaxar os músculos pode também relaxar a mente.



TÉCNICAS DE CONTROLO DA ANSIEDADE

- Terapia Cognitivo-Comportamental
- Respiração Diafragmática
- Relaxamento Muscular
- Relaxamento Imagético
- Meditação
- Mindfulness
- Hidroterapia

2. RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

- Controlo do diafragma, utilizado para aproveitar toda a capacidade do pulmão, fornecendo mais oxigénio ao corpo e, ao cérebro, melhorando dessa forma o seu funcionamento. É utilizada para aliviar a tensão e o stress, proporcionando o relaxamento.

- Diafragma: músculo responsável pelo movimento da respiração.
- Coloque-se de forma confortável.
- Coloque a mão no abdômen → ajuda a sentir o movimento da barriga.
- Inspire lentamente pelo nariz até o abdômen se expandir e solte o ar lentamente pela boca.



- <https://thumbs.gfycat.com/NimbleDirtyChamois-small.gif>
- <https://gfycat.com/alarmedredlabradorretriever>
- <https://gfycat.com/difficultplushbarnowl>

4. RELAXAMENTO IMAGÉTICO

- Visa a promoção de bem-estar e redução do stress e ansiedade, através de técnicas de respiração, de exploração sensorial e do imaginário recorrendo a outros estímulos visuais, auditivos, olfativos e táteis.
- Trata-se de uma técnica que permite ao indivíduo uma maior consciência corporal e de si como um todo singular.

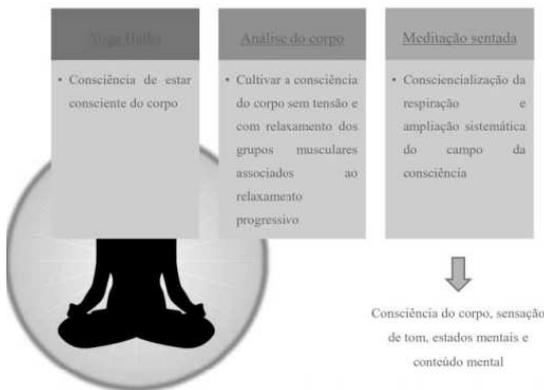


6. MINDFULNESS

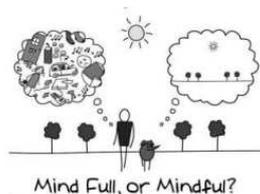
- Reconhecimento crescente à terapia de *mindfulness* (Mars & Abbey, 2010)

↳ MBSR e o MBCT → eficazes na melhoria da qualidade de vida (Abbott, Wkear, Rodgers, et al., 2014)

- Atenção/Consciência Plena
- Processo cognitivo que aplica a criação de novas categorias, a abertura a novas informações e a consciência de diversas perspetivas (Langer, 2004)
- Tomar consciência da mente e do corpo, viver no aqui e agora, aceitar as situações, os pensamentos ou os sentimentos sem julgamentos e/ou críticas (Gençalves, Pereira & Basto, 2014)



- O exercício consiste no paciente estar sentando numa posição confortável, fechar os olhos, puxar o ar pelas narinas e expirar lentamente pela boca, deixando que os pensamentos fluam livremente.
- Nessa fase, o profissional, orienta em como acessar cada parte do corpo, libertando todas as tensões, incluindo o trabalho em retirar toda a carga de sofrimentos, tristezas e negatividade ao expirar de forma mais intensa.
- Toda a tensão e rigidez contida no corpo irá dissolver-se ainda mais nesse movimento.



5. MEDITAÇÃO

- Prática na qual o indivíduo utiliza técnicas para focar a sua mente num objeto, pensamento ou atividade em particular, visando alcançar um estado de clareza mental e emocional.



Principais Objetivos:

- Concentração dos pensamentos;
- Passo em direção à libertação;
- Melhora na concentração, consciência e autodisciplina.

Redução do Stress Baseado no *Mindfulness* (MBSR)



- Utilizado para reduzir a morbilidade psicológica associada a doenças crónicas e para tratar perturbações emocionais e comportamentais (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, et al., 2006);
- Aprender a viver a vida ao máximo: clinicamente eficaz para várias condições como o *stress*, a depressão, a dor e a fadiga, com a finalidade de ajudar os indivíduos a lidar melhor com as suas dificuldades (Smith, Shelley, Dalen, Wiggins, Tooley & Bernard, 2008).



Yoga Hatha, análise do corpo, meditação sentada

Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT)



- Ensina os indivíduos anteriormente deprimidos a observar os seus pensamentos e sentimentos sem julgamentos, e vê-los simplesmente como eventos mentais que vêm e vão;
- Descentramento dos seus pensamentos, emoções e sensações corporais.

Programa em grupo, realizado durante 8 a 10 semanas, com uma sessão semanal de 2 ou mais horas, incluindo o trabalho de casa diário na prática de *mindfulness* e um retro de 1 dia
(Mars TS, Abbey H. 2010)

7. HIDROTERAPIA

- Método Watsu

O processo de terapia deve ser feito em piscina aquecida a 35 graus com a aplicação de técnicas específicas nos movimentos



O posicionamento dá-se com o terapeuta em pé, em frente ao paciente, com uma distância exata que deixe os seus braços a flutuar para a frente, sem tocarem nos braços do paciente, permitindo que o paciente afunde enquanto as pernas se afastam, em seguida subindo com a respiração

Benefícios: diminuição do stress físico e mental, medo, ansiedade, insónia, dores musculares, enxaqueca, depressão e tensões agudas e crónicas.

Suporte às estruturas do corpo, maior segurança do paciente, aumenta a mobilidade e o relaxamento muscular global

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott RA, Wheat R, Rodgers LR, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 76: 341–351
- Bishop SR, Lau MA, Shapiro S, Carlson L, Anderson JW, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol* 2006; 11:230–41.
- Gonçalves AL, Pereira R, Basto C. Intervenção Psicoterapêutica segundo o Modelo da Redução de Stress pelo Mindfulness. *Psicologia.pt- O Portal dos Psicólogos*. 2014.
- Langer EJ. *Mindfulness*. 25th anniversary edition. Addison-Wesley; 2004
- Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: a systematic review. *Int J Osteopath Med*. 2010; 13:56–66
- Rudd, A., Irwin, P., Penhale, B. (2000). *The comprehensive and medically accurate manual about stroke and how to deal with it*. London.
- Smith BW, Shelley BM, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Bernard JS. A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008; 14:251–8.

Anexo F5

Apresentação “Comunicação de Más Notícias”

Comunicação de Más Notícias



Comunicação de Más Notícias

"Estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde"
(Pereira, 2004).

Má Notícia: "Qualquer evento que altere drasticamente e de forma negativa o modo como o doente perspetiva o seu futuro"
(Buckman, 1984).

Profissionais de saúde são confrontados com numerosas situações clínicas nas quais a comunicação não pode ser evitada, nomeadamente, comunicação/explicação de diagnósticos, informação acerca dos procedimentos terapêuticos, problemas de adesão ao tratamento, pacientes/familiares agressivos, resolução de conflitos, mediação de perspetivas...



Comunicação profissional de saúde com paciente → processo complexo e "complicado"

A comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades diferentes:

Promover e educar para a saúde;	Evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças;	Prevenir doenças;	Sugerir e recomendar mudanças de comportamento;	Recomendar exames de rastreio;	Informar sobre a saúde e as doenças;	Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados;	Receitar medicamentos ;	Recomendar medidas preventivas e atividades de auto-cuidado em indivíduos doentes.
---------------------------------	---	-------------------	---	--------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------	--

Objetivos da Comunicação Técnicos de Saúde - Doente

1. Estabelecimento de uma relação positiva;
2. Troca de informação;
3. Tomada de decisão partilhada.



1. Estabelecimento de uma relação positiva



Depende das características do entrevistador:

- Olhar positivo do outro;
- Aceitação incondicional do paciente evitando "juízos de valor";
- Respeito pelo outro;
- Empatia ou Compreensão Empática;
- Sensibilidade às preocupações do outro;
- Utilização dos silêncios;
- Atenção à linguagem não verbal;
- Mostrar atenção ao que o paciente está a dizer;
- Sensibilidade ao que não é verbalizado pelo paciente.



2. Troca de informação

- Os pacientes deverão sentir-se livres para exprimirem todas as razões que os levaram à consulta (queixas, sintomas, emoções, situações de vida);
- Há no entanto a necessidade de a entrevista ser uma avaliação médica (recolha de dados relevantes para diagnóstico clínico);
- O fornecer informação não garante que os pacientes a entendam ou memorizem, a integrem como conhecimento ou comportamento a adotar;
- Os pacientes processam a informação de acordo com a interpretação que fazem da mesma tendo em conta as suas crenças.

A comunicação Técnicos de Saúde - Doente durante a Entrevista é uma comunicação bidirecional: aquilo que é dito por cada interlocutor influencia o comportamento do outro.

3. Tomada de decisão partilhada

A perspetiva do "Técnico de Saúde paternalista" a quem o paciente deve entregar a orientação dos tratamentos e a tomada de decisões, foi substituída por uma perspetiva de "Partilha de decisão".

4 características da tomada de decisão partilhada:

1. Envolve, no mínimo, 2 participantes;
2. Envolve a partilha de informação pelas 2 partes;
3. Envolve um esforço de envolvimento de ambas as partes;
4. Envolve uma tomada de decisão com acordo de ambas as partes.

Não se trata do "modelo ideal". Apela no entanto ao "crescimento pessoal" do próprio paciente, adaptando a informação e a tomada de decisão às características do mesmo.



Aspectos da Comunicação de Más Notícias

- ▶ Ao comunicar a má notícia é necessário ter em conta os **fatores dos técnicos de saúde** e os **fatores dos doentes**.

Fatores dos Técnicos de Saúde



Os profissionais de saúde para além de planearem e gerir estes momentos, também têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as hostilidades que surgirem pelo doente e pela família do doente.

(Backman, 1992)

- Medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades;
- Medo de expressar uma reação emocional;
- Medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente/família;
- Medos pessoais acerca da doença e da morte;
- Medo das reações do doente e da família.

Fatores dos Técnicos de Saúde

- Estar seguro na transmissão da má notícia;
- Procurar um local tranquilo;
- Um ato humano, ético e legal;
- Simplicidade e ausência de palavras negativas;
- Não estabelecer limites nem prazos;
- Não discutir com a negação;
- Não dizer nada que não seja verdade;
- Não retirar a esperança;
- Procurar saber o que o doente já sabe e o que quer saber.



(Gómez, 2006)

Fatores do Doente

- Informar acerca da doença e dos principais tratamentos;
- Informar sobre as causas da doença;
- Informar sobre os possíveis efeitos secundários associados ao tratamento;
- Informar sobre cirurgia;
- Informar para que o doente realize uma revalorização cognitiva da sua situação.

(Darák, 1998)

Fatores do Doente

- O equilíbrio psicológico do doente;
- A gravidade e evolução da doença;
- A idade e o impacto emocional do doente;
- O tipo de tratamento;
- O papel social e familiar que desempenha.

(Sancho, 2000)

A Comunicação afeta:



Premissas para uma comunicação eficaz

- Capacidade de escuta;
- Empatia;
- Prevenção e *proatividade* de resposta;
- Dar garantias.



Capacidade de Escuta

- ▶ **Ponto de referência** para avaliar problemas, necessidades e recursos pessoais do doente:

A. avaliação de necessidade de informação;

B. verificação da compreensão da informação revelada.

Empatia

- Capacidade de **perceber** corretamente o que a outra pessoa experimenta e de **comunicar** essa percepção com uma linguagem adaptada aos sentimentos do outro.

"(...) para ser bem sucedido nesta tarefa é preciso que o profissional saiba fazer abstração dos seus próprios valores, sentimentos e necessidades e que se abstenha de aplicar os critérios realistas, objetivos e racionais que o guiam quando está fora de sua interação com os seus pacientes (...)"

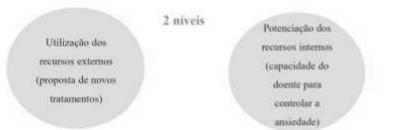
Prevenção e proatividade de resposta

Sinalização e identificação multidimensional da situação problema como primeira fase de **Suporte Ativo**:

- Antecipação de reações futuras pela compreensão mais clara dos sentimentos do doente face à sua situação;
- Evitamento de situações de confusão e ansiedade, que frequentemente são reflexo de uma compreensão insuficiente de fatores que não foram suficientemente sinalizados e avaliados.

Dar Garantias

Diminuição da apreensão do doente como componente de **suporte emocional**.



Utilização ponderada e cuidada, sempre fundamentada na situação clínica existente.

Comunicar más notícias - Modelo Spikes

1. Preparar o Contexto – "Setting":

- Criar Privacidade
- Comunicar sentado próximo do paciente
- Postura relaxada
- Cumprimentar adequadamente
- Iniciar diálogo com questão aberta

2. Descobrir o que o paciente já sabe – "Perception":

- Pesquisar crenças e expectativas acerca do problema, seu impacto e gravidade
- Perguntar e ouvir antes de dizer

(Baile, Buckman, Leppif Globry, Beale, Kadefka Spikes, 2000)

Comunicar más notícias - Modelo Spikes

3. Descobrir o que o paciente quer saber – "Invitation":

- Convidar o paciente à partilha de informação
- Ouvir o verbal e prestar atenção ao não verbal
- Avaliar o que o paciente se sente preparado para saber
- Se o paciente não quiser saber, discutir apenas o tratamento e demonstrar disponibilidade para abordar o assunto noutra ocasião

4. Partilhar Informação – "Knowledge":

- Usar linguagem simples, adaptada ao paciente
- Dizer, parar e ouvir
- Dar tempo ao paciente de reagir a cada informação
- Confirmar se as ideias foram percebidas
- Ouvir e considerar as preocupações do paciente

(Baile, Buckman, Leppif Globry, Beale, Kadefka Spikes, 2000)

Comunicar más notícias - Modelo Spikes

5. Responder às reações do paciente – "Emotions":

- Reconhecer e explorar a presença de emoções antes de confortar o paciente ou de continuar a entrevista
- Responder às reações emocionais com: Silêncios, Perguntas abertas, Comentários empáticos, Informação factual

6. Planear o Seguimento – "Strategy":

- Apresentar e negociar o plano proposto
- Integrar a perspetiva do paciente
- Marcar consulta proximoamente

(Baile, Buckman, Leppif Globry, Beale, Kadefka Spikes, 2000)

Estratégias Comunicacionais

As formas mais frequentes usadas pelos técnicos de saúde para comunicarem:

- Dar instruções e informação (troca de informação factual e não emocional)
- Colocar questões (normalmente questões fechadas e não abertas)



Deveriam ser substituídos por:

✓ Comportamentos verbais com melhores repercussões como:

- Diálogo/questiones centradas no paciente;
- Respostas empáticas;
- Sumarização e Clarificação.

✓ E comportamentos não verbais como:

- Postura "aberta e direta";
- Inclinar-se em direção paciente;
- Acenar com a cabeça.

Claro que a informação a dar ao paciente deverá ser "feita à medida" das **necessidades, capacidades e outras características idiossincráticas** do paciente/pessoa, tendo em atenção:

1. Complexidade e velocidade do discurso;
2. Estratégias de confirmação se a informação foi compreendida;
3. Atenção dada à forma como as emoções podem afetar a compreensão e memorização da informação.

- ✓ O treino de competências básicas de comunicação, para além de ser extremamente necessário na gestão das referidas situações, pode também revelar-se muito útil noutras situações diárias da prática profissional, como a recolha da história clínica e a avaliação da satisfação do paciente.



✓ Uma boa comunicação pode vir a reduzir os medos, incertezas e pode ser uma ajuda fulcral na aceitação da patologia e mesmo na participação de todo o processo, de tratar, cuidar, minimizando os efeitos no processo de luto.

(Pereira, 2004)

Formação dos Técnicos de Saúde

- ✓ Competências básicas de comunicação, (escuta ativa, perguntas abertas e técnicas facilitadoras);
- ✓ Treino assertivo;
- ✓ Resolução de conflitos e negociação;
- ✓ Como transmitir más notícias;
- ✓ Como transmitir informação sobre medidas preventivas, exames, tratamentos e autocuidados, enfatizando mais os comportamentos desajustados do que os factos técnicos;
- ✓ Como transmitir informação de saúde escrita;
- ✓ Elaboração de *guidelines*.

- "Ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove a satisfação, o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do doente."

(Ramos, 2008)

✓ Diversos estudos têm evidenciado que existem múltiplos benefícios de uma boa comunicação entre os pacientes e profissionais, que resultam numa melhor evolução do estado geral de saúde do indivíduo doente, o que se traduz numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e numa rápida recuperação. Também satisfaz várias necessidades, principalmente a nível psicológico.

(Ramos, 2008)

Referências Bibliográficas

- Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Globe G., Beale E.A. & Kadella A.P. (2000). SPIKES- A sixstep protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5: 302-11.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* 26;288(6430):1597-9.
- Buckman R. (1992) How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Dará, E. (1998). Aspectos psicosociais de la información al paciente con cancer. *Enfermeria oncológica*, 5, 22-32.
- Gómez, M. (2006) Como dar las malas noticias en Medicina. Madrid: Arán, p.221. ISBN: 84-95913-96-8.
- Pereira, M. A. (2004). Verdade e a esperança na comunicação de más notícias em saúde: opiniões e perspectivas. *Oncológica*, 7(28):34-9.
- Perrotto, A. et al. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. *Fundação Galante Galbenian*.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. Jolo Pessoa. Editora Universitária UFP.
- Sancho, M.G. (2000). Como dir las malas noticias en medicina. 2ªed. Madrid: Arán Ediciones, S.A.

Anexo F6

Folheto informativo “Comunicação de Más Notícias”

5. Responder às reações do paciente – “Emotions”:

- Reconhecer e explorar a presença de emoções antes de confortar o paciente ou de continuar a entrevista
- Responder às reações emocionais com: Silêncios, Perguntas abertas, Comentários empáticos, Informação factual

6. Planear o Seguimento – “Strategy”:

- Apresentar e negociar o plano proposto
 - Integrar a perspetiva do paciente
 - Marcar consulta proximamente
- (Baile, Buckman, Glober, Beale, Spikes, 2000)



Comunicação de Más Notícias

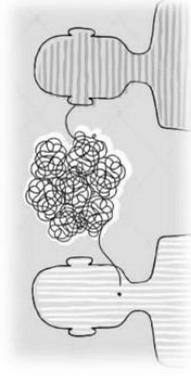
“Estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”
(Pereira, 2004).



20 Fevereiro 2019

Má Notícia: “Qualquer evento que altere drasticamente e de forma negativa o modo como o doente perspetiva o seu futuro” (Buckman, 1984).

Profissionais de saúde são confrontados com numerosas situações clínicas nas quais a comunicação não pode ser evitada, (ex.: comunicação/explicação de diagnósticos, informação acerca dos procedimentos terapêuticos, problemas de adesão ao tratamento, pacientes/familiares agressivos, resolução de conflitos, ...).



Objetivos da Comunicação Técnicos de Saúde - Doente

1. Estabelecimento de uma relação positiva (olhar positivo, aceitação incondicional, respeito, empatia, sensitividade, mostrar atenção);

2. Troca de informação (durante a entrevista aquilo que é dito por cada interlocutor influencia o comportamento do outro);

3. Tomada de decisão partilhada (apela ao “crescimento pessoal” do paciente, adaptando a informação e a tomada de decisão às características do mesmo).



2. Descobrir o que o paciente já sabe – “Perception”:

- Pesquisar crenças e expectativas acerca do problema, seu impacto e gravidade
- Perguntar e ouvir antes de dizer

3. Descobrir o que o paciente quer saber – “Invitation”:

- Convidar o paciente à partilha de informação
- Ouvir o verbal e prestar atenção ao não verbal
- Avaliar o que o paciente se sente preparado para saber
- Se o paciente não quiser saber, discutir apenas o tratamento e demonstrar disponibilidade para abordar o assunto noutra ocasião

4. Partilhar Informação – “Knowledge”:

- Usar linguagem simples, adaptada ao paciente
- Dizer, parar e ouvir
- Dar tempo ao paciente de reagir a cada informação
- Confirmar se as ideias foram percebidas
- Ouvir e considerar as preocupações do paciente

Comunicar Más Notícias

1. Preparar o Contexto – “Setting”:

- Criar Privacidade
- Comunicar sentado próximo do paciente
- Postura relaxada
- Cumprimentar adequadamente
- Iniciar diálogo com questão aberta

Anexo F7

Apresentação “*Coping* em Amputados”



INTRODUÇÃO

Condicionamento em múltiplos aspetos da vida do indivíduo:

- Imagem corporal;
- Dependência nas AVD;
- Mobilidade;
- Saúde;
- Atividades profissionais e extra-profissionais.



RESPOSTAS PSICOLÓGICAS À AMPUTAÇÃO

- Perder uma parte do corpo é ter de se adaptar, re-adaptar, aprender a viver novamente assumindo uma nova perspetiva do Mundo para si, para os outros e para os objetos.



Possíveis reações emocionais à amputação:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pesar; • Angústia; • Alívio; • Tristeza; • Negação; • Sentimentos de mutilação / alteração da imagem corporal; • Dificuldades sexuais; • Arrependimento; | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Esperança/otimismo; • <i>Distress</i>/choro; • Incerteza; • Vulnerabilidade; • Depressão; • Mania; • Psicose. |
|---|--|

Engstrom B, van de Ven C, 1999

RESPOSTAS PSICOLÓGICAS À AMPUTAÇÃO

- A perda é a emoção especialmente dominante nos traumatizados jovens, para os quais a amputação é quase sempre resultado de um evento súbito, inesperado, e para os quais o nível de funcionamento prévio era ótimo.

- **Perda:**
 - ✓ do membro amputado;
 - ✓ de função;
 - ✓ da auto-imagem;
 - ✓ da carreira profissional;
 - ✓ dos relacionamentos interpessoais, ...

Engstrom B, van de Ven C, 1999

FATORES ASSOCIADOS À AMPUTAÇÃO:

- | | |
|---|---|
| <p>Melhor adaptação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior tempo desde a amputação; • Melhor suporte social; • Maiores níveis de satisfação com a prótese; • Personalidade otimista; • Nível inferior da amputação; • Menor dor fantasma. | <p>Pior adaptação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demência; • Alterações cognitivas; • Co-morbidades; • Atraso na cicatrização; • Contraturas articulares; • Níveis altos de amputação |
|---|---|

COPING

O *coping* pode ser definido como os esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo realiza para gerir as exigências internas e externas da interação entre si e o seu meio (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).



ESTRATÉGIAS DE COPING



- **Coping ativo:** Tomar medidas ativas para remover ou contornar determinado problema e os seus efeitos;
- **Planear:** Pensar em como lidar com determinado problema;
- **Desinvestimento comportamental:** Colocar de lado outras atividades, para não se distrair com outros acontecimentos;
- **Autoculpabilização:** O indivíduo culpabiliza-se pela situação, independentemente de ter culpa ou não;



➤ **Procura de apoio social**



Instrumental: procurar conselhos, informações ou assistência;
Emocional: procura de apoio moral, simpatia e compreensão.

➤ **Reinterpretação positiva:** Focalizada na emoção, destinada a gerir as emoções em vez de proporcionar angústia ao lidar com o problema;

➤ **Aceitação:** Aceitação da realidade de uma situação ativadora de stress e tentar lidar com a situação;



➤ **Religião:** Fonte de apoio emocional, como forma de lidar com o problema ou de reinterpretação positiva;

➤ **Expressão de sentimentos:** Tentativa de expressar qualquer angústia que se escá a experimentar para ventilar esses sentimentos;

➤ **Negação:** A pessoa recusa a acreditar que o problema existe e tenta agir como se este não fosse real.

ESTRATÉGIAS DE COPING - VANTAGENS

Amputados conseguem **identificar aspectos positivos** da sua situação. Ex.: independência obtida com a prótese, alteração na atitude perante a vida, melhoria na capacidade de enfrentar os problemas, e eliminação da dor.



A **reinterpretação positiva** após amputação encontra-se associada a avaliações de saúde e capacidade física mais favoráveis, baixos níveis de restrição nas atividades atléticas e maior ajustamento à situação de amputação.

Dunn, 1996; Gallagher & MacLachlan, 2000

Maior procura de **apoio social** associada a um **melhor funcionamento**, a **menores índices de sintomatologia depressiva** e a **maior adaptação social** pós-amputação.



Estratégias ativas orientadas para a tarefa (ex: resolução de problemas e perceção de incapacidade) conduzem a um **ajustamento psicossocial positivo** e têm uma **associação negativa com a depressão e ira.**

Scharloo, et al., 1998; Desmond & MacLachlan, 2006

Desmond & MacLachlan, 2006; Livneh et al., 20

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism and control. *Rehabilitation and Psychology*, 41, 285-302.
- Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006). Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4), 362-368.
- Engstrom B. van de Ven C. *Therapy for amputees*. Third Edition, 1999, London, p 28-39;
- Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics International*, 24, 196-204.
- Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*. 2004; 26:837-850;
- Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (2000). Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*, 41(3), 235-244.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weiman, J., Hazeu J., Willems, L., Bergman, W., & Rookmans (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.

"O fim de uma viagem é apenas o começo de outra..."

Saramago



Anexo F8

Apresentação “Intervenção Não Farmacológica na Insónia”

Grupo Psicoeducativo de Intervenção na Insónia



O que é o sono?



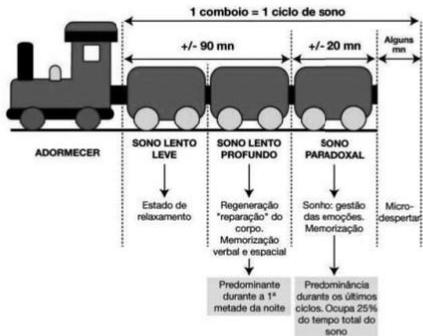
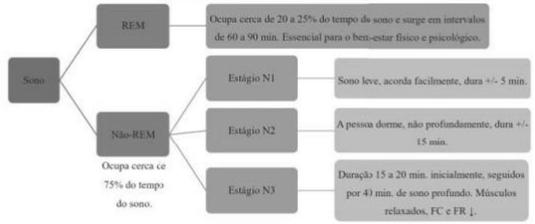
► Estado de imobilidade parcial, comum a todos os seres vivos, durante o qual estamos "desconectados" do ambiente que nos rodeia.

Funções e Importância do Sono

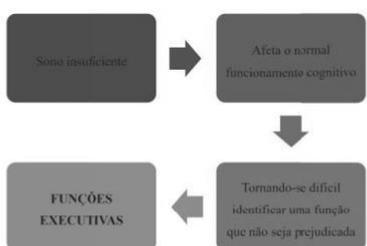
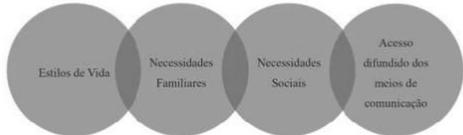
- Regular o organismo para prevenir o aparecimento de doenças: cardiovasculares, diabetes e níveis superiores de ansiedade e depressão;
- Reparar o corpo ao nível hormonal, físico e emocional;
- Crucial para prevenir o declínio mental;
- Regeneração do corpo (cansaço) e da saúde do cérebro (capacidade cognitiva; estado de humor);
- Essencial para fixar a nossa memória e consolidar a aprendizagem das experiências do dia.



Fases do Sono



Causas para um sono insuficiente



Qualidade vs. Quantidade de Sono?

Quantidade	Qualidade
- N° de horas que dormimos ou quantas vezes dormimos.	- Se não houver a possibilidade de um sono reparador num contínuo de algumas horas, seremos afetados negativamente.

Podemos afirmar que dormir menos horas, mas sem qualquer interrupção é bastante mais regenerador do que muitas horas com interrupções.

- ▶ Sensação de bem-estar, descanso físico e mental;
- ▶ Recuperação da energia;
- ▶ Aptidão para executar as tarefas do dia seguinte.



▶ **Qual será então o tempo ideal de sono por noite?**

- ▶ Subjetivo, varia de pessoa para pessoa.

▶ **Adulto 7 a 8 horas por noite**

- 85% a 90% dormem 7-8h;
- 5% precisam < 6h;
- 7% precisam 9-10h.

Só assim a melatonina, exerce a sua função de eliminar os radicais livres e travar o envelhecimento.

Perturbação de Insónia



- ▶ Dificuldade em adormecer, manter o sono ou acordar precocemente. Percepção de que o sono foi insuficiente ou não reparador;

- ▶ A dificuldade de dormir ocorre apesar de haver oportunidade e circunstâncias adequadas para tal;

- ▶ Efeitos no funcionamento diurno.

Problema de grande preocupação → baixo rendimento laboral, acidentes de trabalho ou de viação, diminuição da qualidade de vida!

Perturbação de Insónia



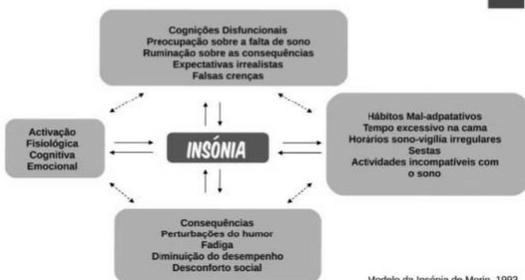
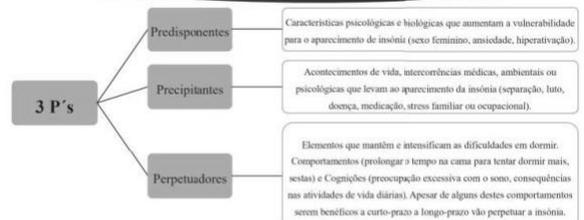
Dados Estatísticos

- ▶ 10-15% da **população adulta** sofre de insónia crónica e 25-35% têm insónia transitória ou ocasional (Daghranji, 2006);
- ▶ **Idosos**: prevalência estimada de 13-47%;
- ▶ Prevalência de insónia na população que frequenta os **Cuidados de Saúde Primários**: 18%;
- ▶ Nos **utentes já medicados** com hipnóticos, a prevalência **sobe** para 32%;
- ▶ Insónia **intermédia** (60,7%) > **inicial** (59,1%) > **terminal** (28,1%);
- ▶ **Grupos de maior prevalência**: mulheres, idade entre 45-65 anos, separados, divorciados ou viúvos.

Classificação

Duração	Padrão	Etiologia
Aguda < 1 mês	Inicial	Primária 25%
Crónica > 1 mês	Intermédia	Secundária 30%
	Terminal	

Modelo da Insónia - Spielman



Causas

Privação de sono	Fragmentação do sono	Redução do tempo de sono
Consiste em "impossibilitar o sujeito de obter a quantidade de sono usual durante um período de 24h."	Condição onde a progressão e sequenciação das fases do sono é interrompida num ou em diversos momentos.	Situação em que o tempo de sono permitido ao sujeito é reduzido quantitativamente.

Consequências



- ▶ Maior gastos de recursos de saúde;
- ▶ Custos diretos (de natureza médica) e indiretos (absentismo) (Bucconi et al., 2005);
- ▶ Afeta a regeneração celular assim como a total recuperação da função imunitária;
- ▶ ↑ Risco Cardiovascular, ↑ Risco de HTA e ↑ Risco de Diabetes;
- ▶ ↓ nível de alerta e velocidade de pensamento;
- ▶ ↓ para aprender e reter informação (memória);
- ▶ Envelhecimento mais acelerado do cérebro;
- ▶ Hormonas do stress ↑ (cortisol) → Níveis de dopamina ↓ (sensação de bem-estar e prazer)

↳ Pessoas + infelizes, desmotivadas e sem foco, a caminho dos primeiros sintomas de depressão.

Terapêutica Farmacológica

- ▶ Continua a ser a mais extensamente utilizada



Terapêutica Farmacológica

- ▶ Elevada prevalência do uso de benzodiazepinas (BZD) em Portugal

(Cláudia Furtado et al., 2005).

- ▶ A utilização de BZD em Portugal é considerada como preocupante pelo International Narcotics Control Board, aconselhando análise da prática atual.
- ▶ Apesar das recomendações no sentido de uma utilização de apenas 2 a 4 semanas no tratamento da ansiedade e insónias, verificou-se que a utilização por longos períodos de tempo é mais comum do que o desejável especialmente nos mais idosos.

Intervenções Não Farmacológicas

- ▶ Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC);
- ▶ Controle de Estímulos;
- ▶ Restrição de Sono;
- ▶ Terapias de Relaxamento;
- ▶ Higiene do Sono.

Terapia Cognitiva

Objetivo:

- ▶ Identificar **condições mal-adaptativas e distorcidas** (expectativas irrealistas do tempo necessário de sono, conceção inadequada das causas da insónia ou amplificação das suas consequências) **que são comuns na população com insónia, substituindo-as por crenças e atitudes adaptativas.**



Terapia Cognitiva

- ▶ **Expectativas Negativas**
"Nunca vou conseguir dormir"
- ▶ **Distorções**
"Eu tenho de dormir 8h para funcionar"
"Eu tenho de ficar na cama e descansar, se eu não consigo dormir"
"Eu tenho de tomar o comprimido para conseguir dormir"
- ▶ **Catastrofização**
"Se eu não consigo dormir eu não vou conseguir trabalhar... Não vou conseguir funcionar... A minha vida vai desmoronar-se!"

Terapia Cognitiva

- ▶ Expectativas realistas sobre as necessidades de sono;
- ▶ Ideia realista das consequências da insónia;
- ▶ Estratégias saudáveis para promover o sono.

↳ Não culpar a insónia por todos os problemas;
↳ Não se preocupar de forma excessiva com sono;
↳ Não ver uma má noite como algo catastrófico;
↳ Desenvolver alguma tolerância à privação do sono.

Terapia de Controle de Estímulos

- ▶ **Objetivo:** recondicionar o sono à cama, baseando-se na premissa de que a insônia resulta de um condicionamento entre o ambiente e o horário.
- ▶ Baseia-se no pressuposto que a hora de dormir e o ambiente ficam associados a dificuldade em adormecer.



Terapia de Restrição do Sono

- ▶ Os doentes com insônia passam mais tempo na cama a tentar adormecer, diminuindo assim a eficiência do sono e aumentando a sua frustração e a percepção da insônia.



Assim...

- Esta terapia consiste na redução do tempo passado na cama de modo a que este se aproxime do tempo total de sono.

- ▶ **Objetivo:** aumentar a eficiência do sono.

Terapia de Relaxamento

- ▶ Não existem estudos comparativos entre os vários métodos de relaxamento.
 - ▶ Respiração diafragmática;
 - ▶ Relaxamento muscular progressivo;
 - ▶ Relaxamento imagético.
- ▶ Visam reduzir a ansiedade e tensão no momento de adormecer.



Higiene do Sono

- ▶ A partir da década de 1990 começou-se a dar importância;
- ▶ Fundamental para uma boa qualidade de vida, a falta de ordem e a diminuição de horas de sono provoca um cansaço que reduz a capacidade física e mental das pessoas.

Higiene Desadequada

↓
Alteração constante das rotinas diárias que influenciam o nosso sono.

Higiene do Sono

- ▶ Mudanças no estilo de vida;
- ▶ Ter uma rotina que facilite o relaxamento na hora de deitar;
- ▶ Evitar exercícios, refeições pesadas ou bebidas alcoólicas próximos da hora de dormir;
- ▶ Evitar luzes fortes, televisão, computador;
- ▶ Deitar-se à mesma hora todas as noites, e levantar no mesmo horário pela manhã.



Evidência Científica - Intervenções Não Farmacológicas

Evidência crescente do papel das **intervenções não-farmacológicas**, nomeadamente comportamentais.

A **TCC** mostrou ser tão eficaz quanto a farmacoterapia no tratamento da insônia: **70 a 80%** dos doentes com insônia crónica **beneficiam** do tratamento e mantêm os ganhos ao longo do tempo.

É uma condição crónica que requer tratamento continuado em vez de curtos tratamentos de medicação hipnótica.

(Ozmińkowski, 2007)

Evidência Científica

Verificou-se que pacientes com insônia crónica e consumo de medicação regular (hipnóticos), apresentaram melhorias significativas ao nível da qualidade do sono, quando submetidos à TCC (Morgan, Dixon, Mathers, Thompson e Toroney, 2004).

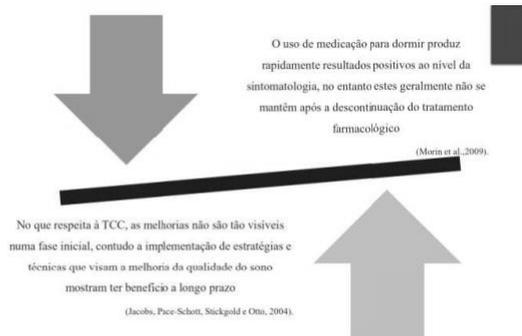
Procuraram investigar a eficácia da TCC combinada com medicação em pacientes com insônia.

Apuraram que o uso de TCC, com ou sem medicação, produziu melhorias significativas ao nível do sono (Mezin et al., 2009).

Evidência Científica

Os níveis de insônia são superiores em indivíduos que usam medicação, indicando que esta não é a solução para as alterações do sono, mas sim um fator que provoca melhorias temporárias

(Andreas, Helseb, Mivare, Svalsten e Ribu, 2016).



Caso Clínico

J., sexo masculino, 69 anos.
Acompanhamento em consulta de Psiquiatria com diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada em comorbidade com Perturbação Anancástica da Personalidade.

Medicado com: Fluvoxamina 100mg/dia, Trazodona 150mg/dia, Alprazolam 0,5mg/dia

Apesar de melhoria de sintomas ansiosos, **mantinha insónia inicial e intermédia** com vários anos de evolução e com fraca resposta ao tratamento farmacológico.

Caso Clínico

Foi orientado para **programa psicoeducativo**, possibilitando **redução progressiva da medicação**, encontrando-se atualmente **estabilizado**, com **sono regularizado e sem uso de psicofármacos**.



CONCLUSÃO. A intervenção psicoterapêutica em grupo em indivíduos com insónia, pode ser um recurso complementar, permitindo melhorar mecanismos mal-adaptativos e crenças que perpetuam a insónia e redução do uso de psicofármacos.

Objetivos Gerais

► Educação sobre o sono e insónia

Correção de expectativas irrealistas sobre o sono e de falsas crenças sobre como lidar com a insónia.

► Promover medidas gerais de higiene do sono e modificar os fatores de manutenção da insónia

Adquirir noções corretas sobre o sono;

Compreender como se mantém a insónia;

Modificar fatores extrínsecos que prejudicam o sono;

Evitar substâncias e comportamentos que causam um aumento da ativação pré-sono;

Promover fatores que aumentam a propensão para dormir e disciplinar o ritmo sono-vigília.

Grupo de Insónia

- Partilham sucessos e ideias que são tomadas em consideração;
- Grupo pouco diretivo, mais incentivador da autonomia do próprio doente no sentido de cada um se servir do próprio grupo como instrumento de solução para os seus próprios problemas;
- Promover a autonomia do doente e fazer ver que não há soluções mágicas e incentivá-lo nas questões de insight e crítica para discernir a origem do problema;
- Evitar postura passiva e resistente;
- Tanto a equipa terapêutica como o grupo são instrumentos para facilitar a resolução do problema.

Conclusão

- A TCC da insónia (primária), aplicada muitas vezes como monoterapia, traz benefícios significativos em doentes que não têm melhoria com outros métodos e pode atuar, em complementaridade ou como potenciação das drogas hipnóticas na insónia secundária.
- A insónia é um sintoma complexo multicausal com fatores perpetuantes.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013) *Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico: DSM-5*. Portugal: Climepsi Editores;
- Busceni N, Vandermeer B, Frosen C, Bialy L, Tubman M, Klassen JP, Witmans M (2005). Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. Summary. Evidence Report/Technology Assessment No. 125. AHRQ Publication No.05-1021-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June;
- Daghramji, K. (2006). The Epidemiology and Diagnosis of Insomnia. *The American Journal of Managed Care*;
- Furtado C, Teixeira F. Utilização de benzodiazepinas em Portugal continental (1999-2003). *Acta Med Port* 2006; 19: 239-246;
- Morgan, K., Oxson, S., Mathers, N., Thompson, J. & Tomeny, M. (2004). Psychological treatment for insomnia in the regulation of longterm drug use. *Health Technol Assess*. 8: 1-68.

Anexo F9

Certificado de Participação em diferentes Projetos

Para os devidos efeitos se declara que Valentina Veiga é co-autora dos seguintes trabalhos realizados no âmbito do estágio curricular.

“ Estratégias de coping em Amputados” 7 Curso Teórico Prático de Amputados Serviço de Medicina Física e de Reabilitação 8 e 9 de Fevereiro de 2019;

“ A Mulher na Saúde Mental e estratégias de Coping ” Simpósio “A Mulher e a Família. Como transformar derrotas em Vitorias?” , UCSP, Espinho, 8 de Março 2019;

“ O que é a Ansiedade?” GAM, Portugal AVC, Novembro de 2018;

Participação nos grupos Psicoeducativos da Reabilitação Cardíaca e Perturbações de Ansiedade.

Anexo G

Caso Clínico A.

Anexo G1

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade
Generalizada, segundo o DSM-5

CrITÉRIOS de DiagnÓstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada

(APA, 2013)

A. Ansiedade e preocupação excessivas (apreensão expectante) que ocorrem em mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses, sobre vários acontecimentos ou atividades (tais como desempenho laboral ou escolar).

B. O indivíduo tem dificuldade em controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos 6 sintomas seguintes (com pelo menos alguns sintomas presentes em mais de metade dos dias durante 6 meses):

Nota. Nas crianças é requerido apenas 1 item.

1. Agitação, nervosismo ou tensão interior.

2. Fadiga fácil.

3. Dificuldade de concentração ou mente vazia.

4. Irritabilidade.

5. Tensão muscular.

6. Perturbação do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).

D. A ansiedade, preocupação ou os sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou dÉfice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

E. A perturbação não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo).

F. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, ansiedade ou preocupação pela possibilidade de ter ataques de pânico na perturbação de pânico, avaliação negativa na perturbação de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões na perturbação obsessivo-compulsiva, separação das figuras de vinculação na perturbação de ansiedade de separação, recordações de acontecimentos traumáticos na perturbação de *stress* pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas na perturbação de sintomas somáticos, defeitos na aparência percebida na perturbação dismórfica corporal, ter uma doença grave na perturbação de ansiedade de doença, ou o conteúdo de crenças deliberantes na esquizofrenia ou perturbação delirante).

Anexo G2

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, segundo o DSM-5

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

(APA, 2013)

Nota. Os seguintes critérios aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima dos 6 anos. Para crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, ver critérios correspondentes em baixo.

A. Exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:

1. Exposição direta a acontecimento(s) traumático(s).
2. Testemunhar, presencialmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas.
3. Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) a familiares ou amigos próximos. Nos casos de ameaça de morte ou morte real de um familiar ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental(is).
4. Exposição repetida ou extrema a pormenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s) (por exemplo, os primeiros a recolher restos humanos, agentes de polícia repetidamente expostos a pormenores de abuso de crianças).

Nota. O critério A4 não se aplica à exposição através dos *media* eletrónicos, televisão, filmes ou imagens, a menos que esta exposição esteja relacionada com o trabalho.

B. Presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s) aos quais estão associados:

1. Lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes.

Nota. Em crianças com mais de 6 anos, podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s) são expressos.

2. Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s).

Nota. Em crianças, podem existir sonhos perturbadores sem conteúdo reconhecível.

3. Reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão

mais intensa envolve a perda completa de consciência do ambiente envolvente.)

Nota. Em crianças, podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático durante as brincadeiras.

4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

5. Reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

C. Evitamento persistente dos estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como indicado por 1 ou ambos dos seguintes:

1. Evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente relacionados.

2. Evitamento ou esforço para evitar estímulos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados.

D. Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou com agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:

1. Incapacidade para lembrar um aspeto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (tipicamente devido a amnésia dissociativa e não devido a outros fatores como traumatismo crânio encefálico, álcool ou drogas).

2. Crenças ou expectativas sobre o próprio, os outros ou o mundo, exageradamente negativas e persistentes (por exemplo, «eu sou mau», «não se pode confiar em ninguém», «o mundo é inteiramente perigoso», «todo o meu sistema nervoso está permanentemente arruinado»).

3. Cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do(s) acontecimento(s) traumático(s) que levam a pessoa a culpar-se a si própria ou aos outros.

4. Estado emocional negativo persistente (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha).

5. Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos.

6. Sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros.

7. Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).

E. Alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:

1. Comportamento irritável ou acessos de raiva (com a mínima ou mesmo sem provocação) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.
5. Dificuldade de concentração.
6. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).

F. A duração da perturbação (Critérios B, C, D e E) é superior a um mês.

G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

H. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou outra condição médica.

Especificar se:

Com sintomas dissociativos. Os sintomas do indivíduo preenchem os critérios para perturbação de stress pós-traumático e, além disso, em resposta a um fator de *stress*, o indivíduo experimenta um dos seguintes sintomas, de forma recorrente ou persistente:

1. Despersonalização. Experiências persistentes ou recorrentes de sensação de desprendimento em relação a si próprio, como se fosse um observador externo dos seus processos mentais ou corporais (por exemplo, sentir que se está num sonho, sensação de irrealidade do próprio ou do corpo ou de que o tempo passa lentamente).

2. Desrealização. Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente (por exemplo, o mundo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota. Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, *blackouts*,

comportamento durante a intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (por exemplo, crises parciais complexas).

Especificar se:

Com início tardio. Se os critérios completos de diagnóstico não estão preenchidos até pelo menos 6 meses após o acontecimento fator de stress ocorrer (embora alguns sintomas estejam presentes imediatamente).

Anexo G3

Relatório de Exame Psicológico de A.

Relatório de Exame Psicológico

Nome: A.

Idade: 44 anos

Escolaridade: 9º ano

Para realizar a avaliação dos índices de Ansiedade e Depressão, foi administrado a **Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)**.

Através dos resultados obtidos na HADS, foi possível verificar que a paciente obteve uma pontuação de 15 (**Moderada**) na **escala de Ansiedade** e 8 (**Ligeira**) na **escala de Depressão**.

Conclusão:

A paciente apresentou **ansiedade moderada e depressão ligeira**.

A Psicóloga Clínica

A Estagiária de Psicologia

Anexo G4

Resultados de A. na HADS

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: Paciente A. Data: / / 2019

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
 - Por vezes
 - Muitas vezes
 - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
 - Não dou a atenção que devia
 - Talvez cuide menos que antes
 - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo G5

Registro de Pensamentos

Registo de pensamentos

SMFR - Consulta de psicologia

Situação, data e hora (o que estava a fazer?)	O que causou o problema (qual o acontecimento?)	Comportamento (Qual foi a sua reação?)	Estado de humor (Como se sentiu?)	Pensamento automático (Em que é que começou a pensar?)
Local de trabalho. Novembro.	O meu chefe queria enviar para o cliente peças com defeito.	Não concordei, disse-lhe, depois exaltei-me, fiquei nervosa, ia contra os meus ideais, disse que não faria.	Exaltada; Tensa; Aperto no peito; "Bola na garganta"; Tonturas; Cabeça pesada.	Que não se trabalha assim, enganando os clientes; Não era exato; Não devia ter falado comigo naquele tom de voz.
Em casa (sobrinha). Novembro.	A minha vizinha deu-me lixo para a varanda.	Fui tocar-lhe à campainha e comecei a brincar com ela.	Irritada; Aperto no peito; Calorões; "Fique a fazer".	Que era uma mal educada; Não tinha cuidado nenhum.
Local de trabalho. Dezembro.	Novas ideias de trabalho, muito lenta na produção, atrasa o meu sempre.	Disse-lhe que tinha que ser mais rápida; Chamei a atenção, já me humilhava.	Ansiosa; Tensa; Coração acelerado.	Que não podia ser assim, porque se não o meu trabalho ia atrasar todo o resto das coisas distantes.

Anexo G6

Relaxamento Muscular Progressivo

Relaxamento Progressivo de Jacobson (1938)

O relaxamento sucede depois de uma forte tensão causada em vários grupos de músculos de todo o corpo.

A tensão será aplicada em 16 grupos musculares. Com esta técnica de relaxamento, os músculos são tensos e "largados" várias vezes, procurando um relaxamento cada vez mais profundo.

Procure uma posição confortável (pode ser numa cadeira ou até mesmo deitado). A sequência tensão/relaxamento de cada grupo muscular é repetida até conseguir o relaxamento nos músculos em questão, sendo que, o largar a tensão dos músculos, seja feita de forma repentina.

Tente não se mover durante o exercício e mantenha os olhos fechados. Tente respirar pela barriga e não pelo peito.

Grupo 1: Feche a mão direita. Sinta a tensão na mão e antebraço. Agora largue. Repita.

Grupo 2: Empurre o cotovelo da direita contra a cadeira ou contra o chão. Sinta a tensão que isto causa nos bíceps. Quando se sentir bem, largue a tensão e note a diferença. Repita.

Grupo 3: Como o grupo 1 à esquerda.

Grupo 4: Como o grupo 2 à esquerda.

Grupo 5: Levante as sobrancelhas e faça rugas na testa.

Grupo 6: Feche os olhos com força e levante o nariz.

Grupo 7: Cerre os dentes com uma força média e puxe os cantos da boca para trás como se estivesse a rir-se exageradamente.

Grupo 8: Para causar tensão à volta do pescoço, puxe o queixo para o peito sem deixar tocar.

Grupo 9: Inspire, suspenda a respiração e puxe os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sinta a tensão nos ombros, peito e costas.

Grupo 10: Ponha os músculos da barriga duros, como se fosse receber um murro na barriga.

Grupo 11: Contraia os músculos da coxa da direita.

Grupo 12: Empurre os dedos do pé direito para cima de forma a que a barriga da perna fique dura.

Grupo 13: Vire o pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta bem a tensão que isto causa na parte do meio do pé.

Grupo 14: Como o grupo 11 à esquerda.

Grupo 15: Como o grupo 12 à esquerda.

Grupo 16: Como o grupo 13 à esquerda.

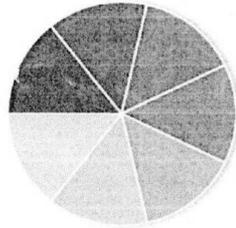
Anexo G7

A Roda do Tempo

ÁREAS IMPORTANTES:

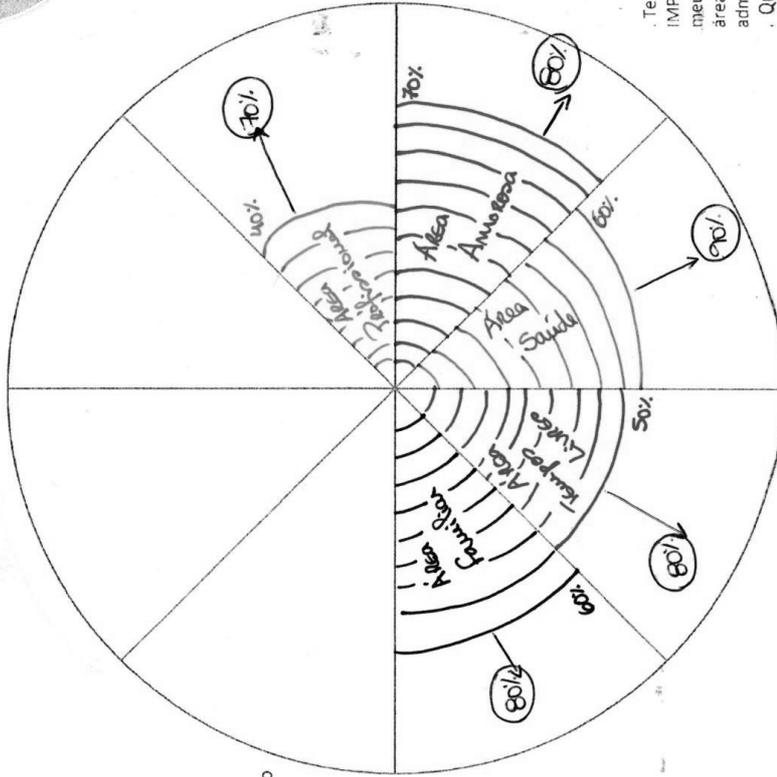
- . Tempo para mim
- . Tempo para me organizar no trabalho (ser eficaz e eficiente)
- . Tempo para conhecer a organização como um todo/ Visão sistêmica
- . Tempo para saber o que faz o meu Departamento
- . Tempo para conhecer as Pessoas da minha organização
- . Tempo para socializar com os colegas
- . Tempo para promover o trabalho em Equipe
- . Tempo para Comunicar Intra-Departamento
- . Tempo para Comunicar Inter-Departamento
- . Tempo para cooperar/Colaborar
- . Acesso atempado a Informações
- . Delegação – Tempo para distribuir tarefas
- . Tempo para Tomar decisões
- . Tempo para Reforço positivo
- . Tempo para desenvolver Pessoas
- . Tempo dedicado ao Foco no Cliente
- . Tempo para Planejamento/Gestão da agenda
- . Conseguir Dizer "Não"
- . Gerir interrupções e outros desperdiçadores de tempo
- . Não procrastinar (a arte de adiar)
- . Aplicar o Princípio de Pareto: 20% do esforço produz 80% dos resultados
- . Viver os meus valores alinhados com os da organização

ESTADO ACTUAL

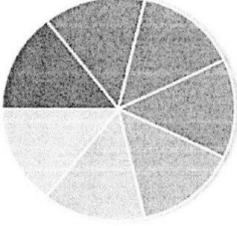


- . Que áreas são IMPORTANTES para mim, no contexto da Gestão do Tempo?
- . Qual é o meu Grau de SATISFAÇÃO em cada uma das áreas importantes (0%-100%)?

A RODA DO TEMPO



ESTADO DESEJADO



Como gestava que ficasse? (...%)

Prazo?

Área de Alavancagem?

Área de Investimento?
(1º Passo SMARTEVIP)

- . Tendo em conta as áreas IMPORTANTES para mim, qual é o meu grau de SATISFAÇÃO em cada área, no Estado Desejado, admitindo um prazo realista?
- . Qual é a área que pode funcionar como ponto de alavancagem (com o menor esforço, promove a evolução do Grau de satisfação em mais áreas no sentido desejado)?
- . Qual é o 1º passo (SMARTEVIP) a dar?

Anexo G8

Situações e comportamentos associados

Situações que despertam sentimentos menos bons
• Chefes a beberar com outros colegas.
• Lesais com muito barulho.
• Falta de humanismo no meu local de trabalho.
• Problemas relacionados com a filha.
• Problemas no trabalho do marido.
• Quando me chamam à atenção no trabalho, sem razão.
• Colegas que são lentas no trabalho (fazem as coisas muito devagar).

Que comportamentos tem perante essas situações?
• Expludo facilmente, reclamo com toda a gente.
• Começo a "fazer filmes"
• Por vezes, como mais.
• Cismo com as coisas, até estarem resolvidas.
• Fico ansiosa; Tensa (nos ombros); Aperto no peito; Custa a engolir.

Anexo G9

Alternativas, vantagens e desvantagens

Alternativas para reduzir a/o Ansiiedade, Preocupação, Tensões, ...

- Ir ao café.
- Fazer caminhadas.
- Respiração mais profunda.
- Relaxamento dos músculos.
- Focar o pensamento em coisas boas. (Recordações, pessoas).
- Acalmar primeiro e só depois falar com a outra pessoa.
- Jogos de telemóvel.
- Ir apanhar ar.

Vantagens e Desvantagens dessas alternativas

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">• Sinto-me mais satisfeita comigo própria, mais bem disposta.• Fico menos ansiosa.• Já me sei controlar melhor.• Relacionamentos mais felizes.• Não penso tanto e vejo as preocupações de outra forma.	<ul style="list-style-type: none">• Às vezes não me apetece fazer nada, mas tento sempre combater a preguiça.• Não tenho desvantagens.