



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Joana Moreira Dias

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

Gandra, 2020

Joana Moreira Dias

Código de aluno: 23453

Relatório de Estágio

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

Supervisão: Prof^ª. Dra. Maria Emília Areias

Ano letivo 2019/2020

Declaração de integridade

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

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

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

Agradecimentos

Um profundo agradecimento à minha família, em especial *aos meus pais*, por me proporcionarem esta oportunidade, pelo apoio e amor incondicional, pelos valores e ensinamentos, pelo suporte e motivação ao longo destes anos e acima de tudo por acreditarem em mim.

Ao *Miguel*, pela força, carinho, companheirismo e por me incentivar a perseguir os meus sonhos.

Aos meus *amigos*, por todo o apoio e motivação, por me acompanharem nas minhas conquistas, pela alegria e presença na minha vida.

À minha *orientadora de estágio*, por todos os momentos. Pela compreensão, apoio, otimismo, serenidade e conhecimento transmitido.

À professora doutora *Maria Emília Areias*, pelo acompanhamento, atenção e apoio ao longo desta etapa, pela partilha de sabedoria e experiência que permitiram enriquecer o meu conhecimento.

Ao excecional *corpo docente* por me proporcionar uma formação de excelência e rigor, bem como, por toda a disponibilidade e acompanhamento ao longo destes cinco anos.

A todos os profissionais do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental pela receção, amabilidade e por toda ajuda prestada. Em especial à *Ana* por me auxiliar sempre que precisei, pela simpatia e palavras.

A todos,

O meu mais sincero agradecimento!

Siglas

AVC- Acidente vascular cerebral

BSI- Brief Symptom Inventory (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)

BDI-II – The Beck Depression Inventory (Escala de Depressão de Beck -II)

CH- Centro Hospitalar

COVID-19 – Doença provocada pelo coronavírus SARS-COV-2

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

DRS-2 – Dementia Rating Scale (Escala de Avaliação de Demência)

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta Edição)

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão)

IFSF- Índice de Funcionamento Sexual Feminino

IIEF - Índice Internacional de Função Erétil

IUCS - Instituto Universitário Ciências da Saúde

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

MOS-SF-36 – Questionário do Estado de Saúde

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

SMFR – Serviço de Medicina Física e Reabilitação

STAI - Inventário de Ansiedade Estado-Traço

TMT- Trail Making Test

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UAG - Unidades Autónomas de Gestão

UADI - Unidade de Ação para Integração e desenvolvimento

WAIS-III - Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos- 3ªEdição

Índice

Introdução	1
Capítulo I	2
1. Caracterização do Local de Estágio	2
1.1. Unidade de Medicina Física e Reabilitação (SMFR).....	3
1.2. Unidade Clínica de Psiquiatria e saúde mental (CPSM).....	4
2. Papel do psicólogo em contexto hospitalar	5
3. Descrição das atividades desenvolvidas	7
3.1. Observação de consultas.....	7
3.2 Atividades de Avaliação Psicológica	8
3.3. Consultas Psicológicas	10
3.4. Consultas de Intervenção em crise.....	12
3.5. Intervenção em Grupos Terapêuticos.....	12
3.5.1. Grupo de Reabilitação Cardíaca	12
3.5.2. Grupo de Perturbações de Ansiedade.....	13
4. Outras atividades	15
4.1. Reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia.....	15
4.2. Reuniões Científicas.....	15
4.3. Reuniões de Supervisão de Estágio.....	16
Capítulo II	17
1. Caso clínico – M.L.	17

1.1. Dados de identificação	17
1.2. Motivo e Pedido da Consulta.....	17
1.3. Informação Médica Relevante e Psicofarmacologia.....	17
1.4. História e caracterização do problema	18
1.5. História familiar	19
1.6. Genograma.....	20
1.7. História pessoal e adulta.....	21
1.8. Processos de observação e avaliação	22
1.9. Hipótese de diagnóstico.....	24
1.10. Proposta de Intervenção	25
1.12. Reflexão do Caso M.L.....	32
Reflexão final	33
Referências Bibliográficas	34

Índice de Tabelas

Tabela 1. *Consultas Psicológicas* 10

Tabela 2. *Estratégias/ técnicas propostas para a intervenção psicológica: caso M.L.* .26

Índice de Figuras

Figura 1. *Genograma Familiar Caso M.L.* 20

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio Curricular do segundo ano de Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS) decorrido durante o ano letivo 2019/2020.

O objetivo considerado foi o de fazer a descrição de atividades e experiências da estagiária no Serviço de Medicina Física e Reabilitação e na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar, onde decorreu o estágio sob a orientação de uma psicóloga do corpo clínico do hospital, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde pela OPP e supervisionado por uma docente do Mestrado em Psicologia e da Saúde e Neuropsicologia do IUCS, igualmente especialista pela OPP.

O Estágio Curricular teve início a 2 de Outubro de 2019 e foi suspenso a 9 de Março de 2020, devido ao surto pandémico mundial – COVID-19. No entanto, até à sua suspensão o estágio curricular cumpria um horário semanal de três dias (quartas, quintas e sextas-feiras) encontrando-se nestes de forma repartida diferentes atividades como consultas externas do Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR) e da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM), consultas de crise, reuniões na Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia, reuniões de índole científico e intervenções psicoeducativas em grupo.

Este documento está organizado em dois capítulos e uma reflexão final. O primeiro capítulo faz a contextualização das atividades desenvolvidas, procurando descrever e caracterizar a instituição e os serviços envolvidos, e abordando de forma mais detalhada o papel do psicólogo no domínio da saúde e, em particular, do estagiário. O segundo capítulo faz a apresentação de um caso clínico adaptado às circunstâncias presentes, mencionadas anteriormente, onde é substituída uma descrição pormenorizada do acompanhamento do caso e efetuado uma descrição síntese e proposta de intervenção sobre este.

O relatório finaliza com uma reflexão sobre as aprendizagens, desafios e experiências vivenciadas no estágio e as ilações humanas que a estagiária pode extrair para o seu futuro como psicóloga.

Capítulo I

1. Caracterização do Local de Estágio

Oficialmente inaugurado a 24 de Junho de 1959, o Centro Hospitalar (CH), é uma unidade que oferece serviços na área da saúde amplamente referenciados. Localizado na zona Norte, atua como um centro de referência, prestando assistência direta à população de diversas freguesias.

O edifício do Centro Hospitalar conta com uma estrutura de 11 pisos, 2 dos quais subterrâneos, encontrando-se atualmente capacitado para uma lotação oficial de 1.105 camas distribuídas por diversas especialidades médicas e cirúrgicas e ainda 45 berços.

O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar encontra-se diferenciado em Pediátrico e de Adultos, e de Ginecologia e Obstetrícia. Porém, existem outras especialidades que efetuam um atendimento urgente num espaço físico externo à área de Urgência como é o caso da Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

A gestão do Centro Hospitalar, organiza-se em níveis intermédios, ou seja, serviços e unidades orgânicas que contribuem para o prosseguimento e estabelecimento de objetivos, que são agregados pelas estruturas intermédias de gestão.

Assim sendo, a produção clínica é organizada segundo diferentes unidades autónomas de gestão (UAG), sendo estas: UAG de Cirurgia, de Medicina, de Urgência e Medicina Intensiva, de Psiquiatria e Saúde Mental, de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e da Mulher e Criança. A complementar estas unidades encontram-se as áreas de apoio à produção clínica que são o Centro de Epidemiologia Hospitalar, o Centro de Ambulatório e o Centro de Investigação e Ensaio Clínicos. O Centro Hospitalar possui ainda áreas de suporte como o Centro de Gestão de Informação e o Serviço de Humanização.

1.1. Unidade de Medicina Física e Reabilitação (SMFR)

O SMFR começou a exercer a sua atividade através da consulta de Fisioterapia, em 1961. Posteriormente, beneficiou de algumas alterações a nível estrutural, oficializando-se na década de 70, como Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Atualmente, encontra-se instalado por baixo do serviço de Urgência, no piso 01.

É um serviço orientado para a recuperação física e psicológica de pessoas com algum tipo de incapacidade, atuando numa pluralidade de situações, desde intervenções na unidade de cuidados intensivos à reabilitação de sequelas decorrentes de acidente ou de episódio de doença. Inclui diversos serviços essenciais na recuperação, como terapia da fala, hidroterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, reabilitação de atividades de vida diária, reabilitação pediátrica, reabilitação cardíaca e recondicionamento de esforço.

Este serviço promove atividades assistenciais qualificadas nas consultas internas e externas, consultas de grupo (incluindo a consulta da dor), na uroginecologia, na mielodisplasia, em fissurados e mama e ainda em programas de tratamento e reabilitação realizados no internamento e em consulta externa. Por fim, o SMFR propicia também atividades de ensino, formação, atualização e investigação.

1.2. Unidade Clínica de Psiquiatria e saúde mental (CPSM)

O serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar foi criado em 7 de janeiro de 1963 através da abertura da consulta externa, constituindo-se mais tarde, em 2005 como uma unidade Autónoma de Gestão, denominada de Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental. A CPSM fornece apoio à população residente na cidade e zonas geograficamente próximas (cerca de 350.000 habitantes), no campo da Psiquiatria e Pedopsiquiatria.

Em contexto hospitalar, presta assistência através do internamento e do regime ambulatorio, ligação com a medicina geral e familiar através de consultoria, e ainda um programa comunitário onde estão incluídos a intervenção em crise e o acompanhamento do doente psiquiátrico crónico.

Mantém ainda consultas específicas como consultas de Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbações do Espectro Obsessivo, Perturbações de Stress Pós-traumático e Sexologia Clínica.

A CPSM compreende as unidades de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, de Psiquiatria do Jovem e da Família, de Psiquiatria Comunitária, de Psiquiatria de Ligação e de Psiquiatria do Jovem e os Gabinetes de Psicologia, de Terapia Ocupacional e de Serviço Social.

2. Papel do psicólogo em contexto hospitalar

Segundo Ribeiro (1996), a Psicologia Clínica e da Saúde é um campo científico e de praxis específico que surgiu como fruto de diversos desenvolvimentos conceptuais, definindo-se como a aplicação de conhecimentos, métodos e prática da Psicologia que procura a manutenção e promoção da saúde física e mental do indivíduo bem como a avaliação, prevenção e tratamento da globalidade de perturbações quer a nível físico, quer mental, recorrendo a influências psicológicas.

Do mesmo modo, Brito (2008), defende a caracterização da Psicologia Clínica como uma subdisciplina da Psicologia, que apresenta como objetivo o estudo, avaliação e diagnóstico, ajuda e tratamento do sofrimento psíquico, respeitando em simultâneo a singularidade dos sujeitos e o rigor científico. De igual forma, a Psicologia da Saúde agrega as contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia enquanto disciplina de forma a promover e efetuar a manutenção da saúde e tratamento de doenças. A Psicologia da Saúde desafia a divisão mente-corpo, sugerindo um papel para a mente, tanto na causa como no tratamento da doença (Odgen, 2012).

Como refere Pedinielli (1999), as conceções do psicólogo e as suas atividades variam consoante o contexto laboral. No entanto, estas reúnem-se em três polos: a avaliação e o diagnóstico, a prática das terapias ou das reeducações e o aconselhamento e a intervenção institucional. As atividades do psicólogo do CH, no SMFR e CPSM, eram direcionadas para avaliações psicológicas, acompanhamento psicoterapêutico, aconselhamento psicoeducativo de grupo.

De acordo com, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015), a intervenção dos psicólogos em serviços hospitalares com várias especialidades médicas como a Cardiologia, Oncologia, Pediatria, Infeciologia, Obstetrícia, entre outras é essencial para potencializar processos de confronto e adaptação às doenças, ao internamento e às incapacidades, assim como na gestão da dor crónica e na preparação para intervenções de carácter cirúrgico e outros procedimentos médicos que sejam indutores de stresse e ansiedade. A contribuição dos psicólogos em serviços hospitalares pode ainda ser um importante apoio para a melhoria da adesão a tratamentos médicos e auto-cuidados.

Em Portugal, os exemplos do papel dos psicólogos no âmbito da saúde particularmente importantes, não residem apenas nos serviços de saúde mental, os psicólogos também apresentam um papel ativo na implementação de práticas de saúde relacionadas com

comportamentos alimentares, exercício e atividade física, planeamento familiar, prevenção do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, prevenção de acidentes, de doenças cardiovasculares e oncológicas, da obesidade e diabetes (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

Para além do crucial papel do psicólogo clínico e da saúde em ambiente hospitalar, é igualmente, importante, frisar o papel do neuropsicólogo no mesmo contexto, uma vez que, atualmente, centros hospitalares apresentam programas específicos para a reabilitação dos pacientes que sofreram TCEs, AVCs, acidentes, tumores cerebrais, entre outros.

Desta forma, os neuropsicólogos estão aptos a trabalhar em diferentes contextos de saúde, como por exemplo hospitais, clínicas de reabilitação, centros de dia, etc. (Quemada, & Echeburúa,2008). Segundo Beaumont (2008), o papel do neuropsicólogo passa pela avaliação e diagnóstico, através de testes e procedimentos especializados que permitem verificar as áreas cerebrais afetadas bem como os défices em funções. Para além disso, os neuropsicólogos podem também assumir diferentes áreas de atuação, desde restauração cognitiva, funcionalidade e compensação, comportamento e mudança emocional, apoio familiar e coordenação de grupos. Juntamente com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde, o neuropsicólogo apresenta um papel fundamental na área da reabilitação (Quemada, & Echeburúa,2008).

3. Descrição das atividades desenvolvidas

3.1. Observação de consultas

Como defende Pedinielli (1999), a observação é um suporte do simples conhecimento do mundo, dos outros e da atividade científica. A observação clínica possibilita o levantamento de fenômenos comportamentais significativos, atribuindo-lhes um sentido situado na dinâmica, na história de um sujeito e no contexto da observação.

O período de observação de consultas iniciou-se a Outubro de 2019, mantendo-se ao longo do estágio. Com esta atividade, foi-me possível adquirir um conjunto de conhecimentos e modelar comportamentos, estratégias e procedimentos importantes no domínio da consulta psicológica, da intervenção psicoeducativa, bem como, no acompanhamento psicoterapêutico.

Esta atividade decorria às quintas, da parte da manhã, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação, com a observação de avaliações psicológicas, acompanhamento psicoterapêutico e entrevistas clínicas, de doentes desse serviço com enfarte, acidente vascular cerebral, amputações, incontinências entre outras condições. Da parte da tarde, decorria na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, onde me foi possível observar situações clínicas do âmbito psicopatológico, com avaliação, acompanhamento e intervenção psicoterapêutica em problemáticas como perturbações depressivas, perturbações ansiosas, perturbações de personalidade, entre outras. Sempre que oportuno, no final ou início de cada consulta, era efetuada uma reflexão e enquadramento da situação do paciente.

A observação tem um papel fundamental na formação profissional, pois proporciona ao estagiário (a) o contacto efetivo com uma dinâmica de funcionamento, os valores e as regras essenciais no contexto institucional.

3.2 Atividades de Avaliação Psicológica

Uma das principais funções do psicólogo em contexto hospitalar, passa pela avaliação psicológica. A avaliação permite a análise do funcionamento atual do paciente com o objetivo de um diagnóstico, para além disso através desta também é possível identificar as principais áreas a serem tratadas, selecionar o tipo tratamento mais apropriado, efetuar prognósticos e monitorizar o tratamento a longo prazo (Wahass.S.H.,2005).

A iniciação de atividades de avaliação psicológica decorreu numa fase inicial no SMFR através da avaliação de participantes que integrariam o grupo psicoeducativo de reabilitação cardíaca. A sua avaliação era constituída pelo levantamento de informação sociodemográfica, uma pequena entrevista de contextualização sobre o estado atual e passado do paciente e por instrumentos de avaliação como o Montreal Cognitive Assessment (*MoCA*) (Nasreddine et al.,2005; versão portuguesa de Freitas *et al.*,2013) que permitia a avaliação do estado mental de forma global através de domínios cognitivos como: atenção e concentração, função executiva, memória, linguagem, capacidade visuo-constructiva, raciocínio abstrato, cálculo e orientação e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (*PSQI*) (Buysse *et al.*, 1989) que a avaliava a qualidade do sono.

Sempre que necessário eram ainda utilizados outros instrumentos de avaliação como a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*HADS*) (Zigmond and Snaith,1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro *et al.*, (2007) na qual a finalidade era a avaliação dos níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia e em tratamento ambulatorio através do autorrelato breve; a Escala de Satisfação com o Suporte Social (*ESSS*) (Pais-Ribeiro,1999) que tinha como objetivo a avaliação da satisfação com o suporte social percebido para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar. Sendo constituída por 3 subescalas: satisfação com amizades, satisfação com a intimidade e satisfação com a família; o Índice Internacional de Função Erétil (*IIEF*) (Rosen *et al.*, 1997; tradução e adaptação Pedro Nobre, 2002) que avaliava a função sexual masculina através de 5 fatores: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e a satisfação em geral; o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (*IFSF*) (Rose *et al.*, 2000; tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002) que aferia a função sexual feminina através de 6 fatores: desejo/interesse sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual; a Escala de Depressão de Beck (*BDI-II*) (Beck *et al.*,1961; versão portuguesa de Ponciano, Cardoso e Pereira, 2004) que proporcionava

a avaliação de sintomatologia depressiva e o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (*STAI*) (Spielberger *et al.*, 1983; adaptação de Santos e Silva, 1997) que através do autorrelato breve avaliava episódios transitórios de ansiedade (ansiedade-estado) e características mais estáveis da personalidade que predispõem uma pessoa a experienciar níveis mais crónicos de ansiedade (ansiedade-traço).

A atividade de avaliação psicológica alargou-se posteriormente à CPSM, nomeadamente na avaliação inicial de pacientes que participariam no grupo terapêutico de perturbações de ansiedade, cujo protocolo incluía a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*HADS*), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*BSI*) (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1999) que possibilitava a avaliação de sintomas psicopatológicos a partir de 9 dimensões: somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessão-compulsão, depressão, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo e de 3 índices globais: índice gravidade sintomas, total sintomas positivos e índice sintomas positivos. E o Questionário do Estado de Saúde (*SF-36, V2*) (Ware *et al.*, 1993; versão portuguesa de Ferreira, 2003) que permitia a medição e avaliação do estado de saúde de indivíduos/ populações com ou sem doença, a monitorização de pacientes com múltiplas condições, comparação de doentes com condições diversas e comparação do estado de saúde de doentes com o da população em geral.

Do mesmo modo, era realizada a avaliação de casos encaminhados para a Consulta de Psicologia, na decorrência de pedidos por médicos/psiquiatras (Anexo B) que veio proporcionar contacto/familiarização com aplicação de outros instrumentos psicométricos como a Escala de Avaliação da Demência (*DRS-2*) (Jurica, Christopher, Leitten & Mattis; adaptação portuguesa de Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011) que viabilizava a avaliação global da capacidade cognitiva em adultos com níveis baixos de funcionamento cognitivo, permitindo a diferenciação de diferentes níveis de capacidade em doentes com demência. Sendo composta por 5 subescalas: atenção, iniciação/preservação, construção, conceptualização e memória; Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos- 3ª Edição (*WAIS-III*) (CEGOC, 2008) que possibilitava a avaliação do funcionamento intelectual, promovendo a distinção entre a componente verbal e a componente perceptivo-motora. A subescala verbal compreendida por subtestes como vocabulário, semelhanças, aritmética, memória de dígitos, informação, compreensão e sequência de letras e números (suplementar) e subescala de realização que abrangia os subtestes: completamento de gravuras, código, cubos, matrizes, disposição de gravuras, pesquisa de símbolos (suplementar) e composição de objetos (opcional). E o Trail Making Test (*TMT*) (Reitan, 1955) que fornecia informação acerca da velocidade de procura e de

processamento da informação visual, scanning, flexibilidade mental e funções executivas. Sendo por isso, sensível à presença de disfunções cerebrais.

3.3. Consultas Psicológicas

A realização de consultas psicológicas de forma independente, teve início em Novembro de 2019 na CPSM.

Na tabela que se segue, apresenta-se uma listagem dos casos que a estagiária atendeu em consulta psicológica. Na salvaguarda das normas deontológicas de defesa dos direitos do doente à confidencialidade, e para a manutenção do anonimato, foram utilizadas as iniciais para a identificação dos doentes. O caso escolhido para a exposição, não constará na tabela, mas sim no capítulo II.

Tabela 1

Consultas Psicológicas

Identificação	Nº Sessões	Referenciação	Problemática	Abordagem Efetuada
<ul style="list-style-type: none"> • J.C • 63 anos • Masculino 	1	CPSM	Conflito conjugal Humor depressivo	Entrevista Escuta ativa
<ul style="list-style-type: none"> • A.R • 63 anos • Feminino 	1	CPSM	Sintomatologia Depressiva Luto complicado	Entrevista Escuta ativa
<ul style="list-style-type: none"> • M.S • 53 anos • Feminino 	2	SMFR	Inadaptação à doença do marido	Entrevista Escuta ativa Abordagem de estratégias de coping

<ul style="list-style-type: none"> • S.G • 46 anos • Feminino 	3	CPSM	Perturbação de adaptação Sintomatologia ansiosa Conflitos interpessoais	Entrevista Escuta ativa Ensino de técnicas de relaxamento (respiração diafragmática, relaxamento imagético) Psicoeducação – competências sociais e assertividade
<ul style="list-style-type: none"> • M.F • 71 anos • Feminino 	1	SMFR	Amputação Membro Inferior Humor depressivo	Entrevista Escuta ativa Aconselhamento
<ul style="list-style-type: none"> • M.L • 56 anos • Feminino 	1	CPSM	Queixas Mnésicas e Cognitivas Sintomatologia Ansiosa Luto	Entrevista Escuta ativa Avaliação Psicométrica
<ul style="list-style-type: none"> • M.F • 46 anos • Feminino 	1	SMFR	Enfarte Agudo do Miocárdio Sintomatologia Ansiosa Baixa auto-estima	Entrevista Escuta ativa Psicoeducação

3.4. Consultas de Intervenção em crise

A intervenção psicológica em crise tem como principal objetivo o restabelecimento do equilíbrio psicológico, através do auxílio na resolução do problema, viabilizando novas estratégias de *coping* e promovendo as existentes, de forma a que a pessoa possa beneficiar destas num problema futuro (Serra., 2015).

As consultas de intervenção em crise decorriam à Sexta-feira, das 9h até ao 12:30h e foram atribuídas de forma semanal por cada estagiária. Este tipo de consultas destinam-se sobretudo a pessoas sem antecedentes psiquiátricos, que sofreram um acontecimento de vida (*life event*) impactante e potencialmente traumático, como por exemplo a perda de um ente querido, desemprego ou um divórcio.

Neste contexto de intervenção, o papel do psicólogo é fulcral numa primeira instância, exigindo do psicólogo estratégias de atuação específicas, é igualmente importante salientar o papel no psiquiatra na retaguarda, para a estabilização do paciente numa vertente psicofarmacológica.

3.5. Intervenção em Grupos Terapêuticos

3.5.1. Grupo de Reabilitação Cardíaca

Em Portugal, as doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morte. Segundo a Coordenação Nacional para Doenças Cardiovasculares (2009), os programas de reabilitação cardíaca funcionam a longo prazo e envolvem avaliação médica, prescrição de exercício, modificação de fatores de risco cardíacos, educação e aconselhamento. São destinados a limitar os efeitos fisiológicos e psicológicos da doença cardíaca, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar sintomas cardíacos, reverter e estabilizar o processo aterosclerótico dos pacientes selecionados.

Estes programas são dirigidos por um médico (cardiologista/fisiatra), com diferenciação em reabilitação cardíaca e implementados por uma equipa multidisciplinar onde estão incluídos profissionais como: enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, pneumologistas e internistas. (Coordenação Nacional para Doenças Cardiovasculares, 2009).

No CH, as sessões do Grupo de Reabilitação Cardíaca eram realizadas às terças-feiras, das 11:30h até à 13h, no SMFR. O grupo era essencialmente composto por elementos do sexo masculino que tinham sofrido um enfarte do miocárdio e se encontravam em regime de reabilitação cardíaca no serviço; a intervenção era de carácter psicoeducativa, de forma a reeducar os pacientes para a mudança de estilos de vida, promovendo hábitos saudáveis, melhorando a qualidade de vida e prevenindo novos eventos. Neste contexto, foi solicitado à estagiária que elaborasse uma apresentação acerca da “Coerência Cardíaca” (Anexo C1).

De modo a avaliar o efeito da intervenção, os pacientes eram avaliados antes de iniciarem o grupo e posteriormente na conclusão de todas as sessões. O protocolo de avaliação utilizado incluía instrumentos como: o Montreal Cognitive Assessment (*MoCA*), Escala de Qualidade de Sono de Pittsburgh (*PSQI*), Inventário de Ansiedade Estado-Traço (*STAI*), Escala de Depressão de Beck (*BDI-II*), Índice Internacional de Função Erétil (*IIDE*), Índice de Funcionamento Sexual Feminino (*IFSF*), Escada de Satisfação de Suporte Social (*ESSS*) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*HADS*).

3.5.2. Grupo de Perturbações de Ansiedade

De acordo com Skapinakis *et al.*, (2013), as perturbações de ansiedade são uma das problemáticas mais prevalentes na população mundial, reduzem consideravelmente a qualidade de vida e afetam predominantemente mulheres. Erickson *et al.*, (2007) comprovaram através do seu estudo efetuado em clínicas médicas, que a terapia-cognitivo comportamental em grupo se tratava de uma mais valia para a redução da sintomatologia presente em perturbações ansiosas. Seguindo uma intervenção de 11 semanas baseada em TCC em grupo, estes autores obtiveram reduções clinicamente significativas na gravidade dos sintomas de ansiedade auto-relatados em comparação com o grupo de controlo em lista de espera.

Igualmente, Van Ingen & Novicki (2009) afirmaram através do seu estudo numa amostra de 31 estudantes de idades compreendidas entre 18 e 31 anos pertencentes a um centro de acolhimento universitário, a alta eficácia da TCC em grupo para perturbações de ansiedade, uma vez que os resultados finais dos clientes que completaram a terapia em grupo sugeriram redução significativas nos níveis de disfunção diários provocados pela ansiedade.

O grupo de intervenção para pacientes com perturbações de ansiedade, decorreria na sala de formação da CPSM, todas as quartas-feiras, iniciando-se às 14h. Este grupo teve início a dia 5 de fevereiro de 2020, com uma pequena sessão de apresentação, onde foram expostos

os objetivos e as diversas temáticas que iriam ser abordadas. A principal população-alvo estabelecida seriam participantes do sexo feminino, com diagnóstico de perturbação de ansiedade.

Cada paciente foi submetida a um protocolo de avaliação inicial, composto pelos seguintes instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*HADS*), o Questionário do Estado de Saúde (*MOS-SF 36*) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*BSI*). Posteriormente, na conclusão do grupo, as participantes iriam novamente ser submetidas a uma avaliação de forma a constatar-se a eficácia da intervenção.

A dinamização do grupo ficou ao encargo das estagiárias com a devida supervisão da psicóloga responsável. Para tal, foi necessário que ambas elaborassem, de forma repartida, as apresentações para cada sessão. Assim sendo a estagiária efetuou a realização das apresentações das sessões: “Ansiedade e Respiração Diafragmática”, “Relacionamento interpessoal”, “Saber dizer não”, “Como lidar com o stress” “Emoções”, “Auto-estima”, “Depressão” e “Higiene do sono”. (Anexos D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8)

4. Outras atividades

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

Todas as quartas-feiras, no horário das 9:30h eram iniciadas as reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia. Estas reuniões decorriam maioritariamente no Centro Hospitalar, no ginásio da CPSM, excetuando na 2ª quarta-feira de cada mês, em que eram realizadas num outro polo hospitalar, mais recente.

As reuniões eram orientadas pelo coordenador da Unidade, e nelas encontrava-se presente uma equipa multidisciplinar composta por profissionais de diversos setores da saúde como Psiquiatria, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Para além destes, estavam também presentes estagiários das diversas áreas.

Estas reuniões apresentavam como objetivo a discussão e abordagem de diversos assuntos como casos de pacientes internados ou em hospital de dia, questões relacionadas com a Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI), com as Equipas Comunitárias, com os Terapeutas de Referência e com a Residência. Ocasionalmente, foram também efetuadas apresentações com temáticas como planos estratégicos a adotar e discinesia tardia.

4.2. Reuniões Científicas

As reuniões científicas, ocorriam pontualmente à quarta-feira, pelas 12h, na sala de formação da CPSM e tinham como objetivo a exposição e partilha de apresentações de domínio científico.

As apresentações eram realizadas por profissionais de diversas áreas da saúde, com ligação ao Centro Hospitalar. Desta forma, assisti a apresentações com temáticas como: “Peregrinando”, “Experiência em Neuroestimulação no Hospital Pitié- Salpêtrière”, “AESE-Business School”, “Respostas Institucionais na Saúde Mental”, “Doenças Neurológicas Funcionais- Tempo de Mudança de Paradigma” e “Tratamento em Ambulatório Compulsivo”. Após a apresentação, eram disponibilizados 15 minutos para esclarecimento de dúvidas, levantamento de questões e considerações.

4.3. Reuniões de Supervisão de Estágio

A supervisão tem sido considerada, como crucial para o desenvolvimento e formação dos profissionais de psicologia. Correspondendo a um meio que proporciona a transmissão e perpetuação de tradições, prática e cultura do exercício psicológico, a supervisão permite o desenvolvimento e melhoria das competências e capacidades dos psicólogos, a solidificação e o estabelecimento de uma identidade profissional, a proteção e o bem-estar dos clientes e a monitorização e proteção da prática profissional. (Watkins, 2013)

As reuniões de supervisão de estágio foram orientadas pela Professora Doutora Maria Emília Areias e decorreram presencialmente à Segunda-feira, no IUCS, pelas 14h30, durando aproximadamente cerca de 3-4 horas. Posteriormente, as mesmas assumiram um formato digital (Videoconferência), devido às normas de contenção da pandemia COVID-19.

Nestas reuniões era dada a oportunidade a cada estagiária de descrever as atividades realizadas no estágio, apresentar e relatar o acompanhamento terapêutico de casos clínicos e colocar e esclarecer dúvidas relativas à metodologia, tipo de intervenção e instrumentos a utilizar.

Capítulo II

1. Caso clínico – M.L.

Após o acompanhamento de alguns casos em contexto de consulta psicológica, foi escolhido um caso clínico de forma a que pudesse ser efetuada uma descrição seguida de uma proposta interventiva. A escolha do caso clínico foi motivada pelo facto de ser o primeiro contacto que tive no que refere à prática psicológica.

1.1. Dados de identificação

M.L. é do sexo feminino, nacionalidade portuguesa, tem 63 anos e tem o 4º ano de escolaridade. Encontra-se, atualmente, reformada. É casada e tem 2 filhas. Reside com o marido num apartamento, na zona norte de Portugal.

1.2. Motivo e Pedido da Consulta

O encaminhamento para a consulta de psicologia foi feito pelo médico psiquiatra, tendo por base um quadro depressivo reativo a situações vivencias. Além disso, é também mencionado o desejo por parte da paciente, de descontinuar o tratamento psicofarmacológico.

Assim, foi sugerido acompanhamento psicoterapêutico para o quadro depressivo apresentado pela paciente.

1.3. Informação Médica Relevante e Psicofarmacologia

M.L apresenta uma lesão no ombro direito, devido a um deslocamento e consecutivo rompimento de ligamentos, tendo inclusive sido intervencionada cirurgicamente. Para além disso foi também intervencionada relativamente a uma patologia nos membros inferiores.

Encontra-se medicada com um antidepressivo (Escitalopram) e um ansiolítico (Alprazolam) para a estabilização do sono, ambos prescritos pelo médico psiquiatra do centro hospitalar.

1.4. História e caracterização do problema

A problemática teve início em 2008, altura em que M.L. fica sem emprego, após a falência da fábrica onde trabalhava “nunca me conformei, aos 52 anos ter de vir para casa, foi muito difícil” (sic). Em 2009, recorre a tratamento psiquiátrico devido a queixas de insónia e sono superficial, sendo posteriormente diagnosticada com perturbação depressiva pelo médico psiquiatra do CH. Contudo, em finais de 2012 M.L. retoma atividade laboral, exercendo funções como doméstica numa casa particular “consegui ir para lá através de uma conhecida minha, que me disse que estavam a precisar de uma pessoa para aquela casa e era bom para mim porque não ficava muito longe” (sic).

Em inícios de 2019 acaba por ficar, novamente, sem emprego, após despedimento. Relativamente às causas do despedimento, M.L. refere “não sei, a filha chamou-me e disse que gostavam muito de mim, mas que já não iam precisar mais dos meus serviços (...) eu fiz tanto por aquela gente, mesmo com as dores que às vezes tinha no ombro, eu ia para lá trabalhar.” (sic).

Refere que atualmente se tem sentido mais ansiosa e tensa, e que por vezes tem dores de cabeça e dificuldades de concentração “às vezes estou a ver televisão, mas não estou concentrada no que está a dar” (sic).

1.5. História familiar

M.L. pertence a uma fratria de 4 filhos, sendo a segunda filha mais velha. Os pais já faleceram e a paciente refere não ser capaz de ir visitar a campa dos seus pais ao cemitério.

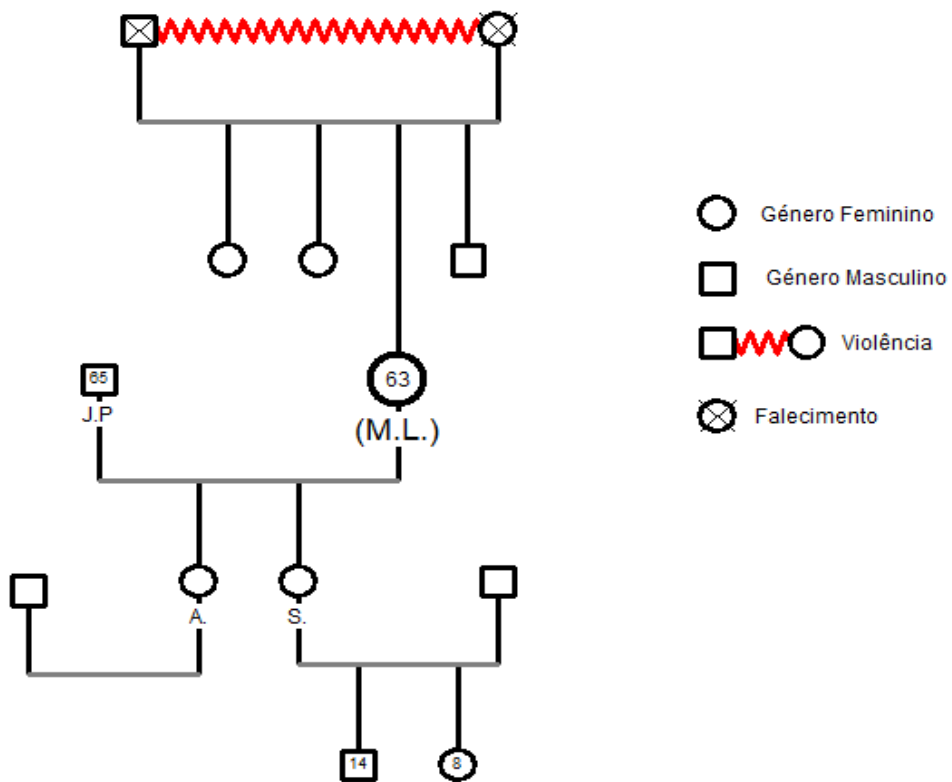
A mãe de M.L. era doméstica, ficando em casa a cuidar dos filhos e das tarefas em casa, o pai trabalhava na agricultura. M.L. relata que a sua família passou por bastantes dificuldades a nível financeiro “Naquele tempo era muita pobreza.” (sic). Relativamente à relação com a mãe, M.L. descreve-a com grande ternura e saudade “A minha mãe coitadinha, que Deus a tenha! Sempre fez tudo por nós.” (sic) Já o pai, é descrito como austero, distante e violento. M.L. revela ter presenciado várias vezes, cenas de violência doméstica, do pai para com a mãe.

No que concerne, aos irmãos, M.L. tem duas irmãs e um irmão. Descreve a relação com o irmão como bastante conflituosa, por na sequência do seu passado na toxicod dependência, ter feito mal à mãe, facto que nunca esquecerá. “Roubava dinheiro à minha mãe, para o vício.” (Sic). No entanto, assume querer voltar a ter uma ligação estável com ele, por ser seu irmão. Referentemente, à relação com as irmãs, a paciente descreve algumas discussões atuais, mas declara que tem boa relação com as irmãs comunicando com as mesmas, com regularidade.

1.6. Genograma

Figura 1

Genograma Familiar Caso M.L.



1.7. História pessoal e adulta

Acerca da infância M.L. menciona o papel distante do pai para consigo e com os seus irmãos e o papel submisso e protetor da sua mãe. Aos 6 anos de idade ingressa na escola, e completa a 4ª classe, abandonando a sua educação, para ir ajudar em casa.

Referentemente à sua história conjugal, M.L. é casada e descreve uma boa relação com o seu marido, “Temos aquelas picardias, mas damo-nos bem” (sic) com quem está casada há mais de 40 anos, fruto desta união resultaram as duas filhas de M.L. (A. e S.). Relativamente às suas filhas, M.L. menciona ter contacto e boa relação com ambas, no entanto refere sentir grande ansiedade, pois gostava que a filha mais nova (A.) engravidasse, pois para si era um sonho ter igualmente netos da sua filha mais nova.

M.L. afirma que adora ser avó e que gosta imenso de crianças “Ainda estes dias, estive com o meu netinho a fazer um bolo para ele levar para a escola.” (sic). No que concerne, à relação com outros membros da família, M.L. afirma ter uma relação conflituosa e desagradável com alguns elementos da família do marido, nomeadamente irmãos deste, mencionando situações específicas em que se sentiu desprezada, como um acontecimento particular numa festa familiar, em que M.L. ouviu os mesmos dizerem “Lá vem aí a polícia” (sic), uma vez que M.L. intervém algumas vezes junto do seu marido, em relação à alimentação e bebida, pois este é hipertenso e apresenta excesso de peso. M.L. refere ainda que os irmãos do seu marido apresentam problemas com o álcool. “Eles são obesos, bebem, comem muito e não gostam de mim”. (sic)

No que respeita, a história laboral, M.L. refere que mantinha profissão como costureira, tendo trabalhado durante vários anos descreve numa fábrica de confecção têxtil, mencionando ter saudades das suas colegas de trabalho e não compreender ainda o motivo da falência da empresa. Para além disso, M.L. referencia também um outro emprego, posterior ao seu despedimento da fábrica, trabalho onde desempenhou tarefas de empregada doméstica numa casa particular durante 7 anos, declarando estar magoada por não ter a oportunidade de manter contacto com a família, principalmente com as crianças, uma vez que se afeiçoou muito às mesmas. “Eu gostava muito daquela gente, mas com as meninas era uma loucura.” (sic). Atualmente, M.L. está reformada, mas admite que se tivesse uma nova oportunidade para trabalhar, não recusaria.

Acerca das ocupações e atividades nos tempos livres, M.L. afirma não gostar de estar parada e que anteriormente se encontrava inserida em várias atividades patrocinadas pela Câmara Municipal do seu concelho de residência, como por exemplo, danças de salão, hidroginástica. Porém devido, às intervenções cirúrgicas que realizou, uma delas recentemente, foi-lhe recomendado pelo médico que fizesse o mínimo de esforços possíveis, ficando-se por atividades mais básicas. Atualmente, faz caminhadas com o marido.

1.8. Processos de observação e avaliação

M.L. compareceu às consultas com imagem investida e cuidada. Foi assídua, cumprindo os horários, chegando por vezes mais cedo do que horário de consulta estipulado. Manteve-se sempre vígil e orientada no espaço e no tempo, com contacto ocular e comportamento adequados. No que refere, ao humor apresentado pela paciente, era característico um humor distímico, por vezes acompanhado de características ansiosas. O seu discurso, era particularmente baseado em cognições negativas e focalizado nas relações interpessoais.

De forma, a perceber a intensidade da sintomatologia ansiosa e depressiva latente na paciente e perspetivar uma posterior integração no grupo terapêutico para Perturbações de Ansiedade existente no Centro Hospitalar, foi então precedida uma avaliação psicológica, composta pelos seguintes instrumentos: HADS, BSI e MOS-SF-36.

Na escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*HADS*), M.L. obteve para a subescala da ansiedade 12 (21), indicando níveis de ansiedade moderada, já na subescala da depressão a paciente pontua com 7 (21), indicando ausência de depressão.

No que concerne ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*BSI*), foi possível constatar que as dimensões que se apresentaram acima da média eram referentes à somatização que avalia o mal-estar percebido do funcionamento somático com resultado de 1.71 ($M= 0.57$) existindo a possibilidade deste resultado se associar à presença de patologias a nível físico, sobre as quais a paciente menciona sentir dor; depressão com 1.67 ($M= 0.89$) encontrando-se este resultado de acordo com o humor disfórico e perda de energia vital expressos pela paciente; ansiedade com 2.33 ($M= 0.94$), igualmente em concordância com sintomatologia externalizada pela paciente (nervosismo, tensão, dificuldades de concentração e fadiga); ansiedade fóbica com 1.20 ($M=0.42$) e ideação paranoide com 2.20 ($M= 1.06$).

Relativamente ao Questionário de Estado de Saúde (*MOS-SF-36*), M.L. obteve nas dimensões referentes à componente física valores médios-baixos. Destacando-se como baixas

as dimensões de desempenho físico com pontuação de 25 e dor corporal com 31, existindo a hipótese destes valores se relacionarem com as intervenções cirúrgicas a que a paciente foi recentemente submetida, uma vez que estas valências aferem a limitação física da pessoa em termos do tipo de desempenho e a intensidade e desconforto no dia-a-dia causada pela dor. Já o valor médio da componente mencionada advém do funcionamento físico onde a pontuação foi de 65 e da saúde geral com 50, sugerindo limitações na execução de atividades físicas e uma perceção holística da saúde da paciente médias.

No que diz respeito à componente de saúde mental, na dimensão vitalidade, onde estão incluídos os níveis de energia e fadiga, a pontuação é de 50 distinguindo-se na média. Já as restantes dimensões apresentam valores limitativos de saúde mental, funcionamento social que pretende medir a quantidade e qualidade de atividades sociais e o impacto de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do indivíduo com pontuação de 25, desempenho emocional onde é mensurada a limitação emocional no que diz respeito ao tipo e a quantidade de trabalho com 0 e saúde mental que engloba dimensões como ansiedade, depressão, perda de controlo em termos emocionais ou comportamentais e bem estar-psicológico com 28. Em termos comparativos, é possível concluir através desta prova, que a paciente apresenta um pior estado de saúde mental comparativamente ao estado de saúde a nível físico.

1.9. Hipótese de diagnóstico

Através da recolha anamnésica, processo de observação e administração psicométrica, é possível inferir sobre uma hipótese de diagnóstico: Perturbação de Ansiedade Generalizada. No que trata a **Perturbação de Ansiedade Generalizada**, a paciente preenche todos os critérios de diagnóstico: A, B, C, D, E e F segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição – DSM-5. No que diz respeito, ao critério A, a paciente efetua a descrição de vários acontecimentos preditores de ansiedade, como por exemplo a falta de contacto com as crianças da família para a qual trabalhou ou a incerteza de ser aceite num novo trabalho a que se candidatou. Preenche igualmente o critério B, uma vez que a paciente declara tentar não pensar nos seus problemas, mas sem efeito “Eu tento nem pensar nisso, mas lembro-me” (sic), preenche também o critério C nomeadamente com os itens 1, 2, 3 e 6, pois refere sentir frequentemente sintomas como agitação, nervosismo, fadiga, dificuldades de concentração e ainda perturbações do sono que se enquadram no tempo estabelecido pelos critérios de diagnóstico. Cumpre da mesma forma o critério D, apresentando défices no funcionamento social, bem como noutros défices, comprovado através do Questionário de Estado de Saúde (*MOS-SF-36*) realizado. Compreende identicamente, o critério E, uma vez que não são atribuídos efeitos fisiológicos de uma substância. Por fim, o critério F também se encontra enquadrado, pois a perturbação descrita neste caso não é mais bem explicada por outra perturbação mental apresentada nos critérios.

Zhiguo & Yiru (2014), descrevem a ansiedade como comorbidade comum na prática clínica, em pacientes com perturbações depressivas, encontrando-se por isso presentes simultaneamente nas perturbações depressivas sintomas de ansiedade ou perturbação de ansiedade.

No que respeita a perturbação de ansiedade generalizada a sua prevalência é parcialmente superior nas mulheres. Quadros mistos de ansiedade e depressão apresentam baixas percentagens de reconhecimento médico devido a fatores como conhecimento insuficiente ou pressão de tempo, no entanto quando este reconhecimento é efetuado tende a ser mais elevado em pacientes mais velhos, nos recém-diagnosticados e em pacientes que apresentem sintomas depressivos ou ansiosos como motivo de consulta (Conçalves & Coelho, 2005).

Um estudo efetuado por Lenze *et al.*, (2000) afim de investigar as taxas de comorbidade de perturbações de ansiedade em pacientes idosos com perturbações depressivas, inferiu que taxas de perturbações de ansiedade eram relativamente mais altas em idosos deprimidos, e a gravidade da sintomatologia depressiva aumentava quando associada a perturbações de ansiedade, especialmente em perturbações de ansiedade generalizada.

Assim sendo, a hipótese diagnóstica proposta parece enquadrar com o caso de M.L. dado que para além de preencher critérios de diagnóstico afetivos à perturbação de ansiedade generalizada, vai também ao encontro da literatura: ser do género feminino, situar-se numa faixa etária mais velha e comorbidade com diagnóstico de perturbação depressiva.

1.10. Proposta de Intervenção

A terapia cognitivo-comportamental demonstrou ser bastante eficaz para uma variedade de perturbações mentais, particularmente perturbações de ansiedade (Hans & Hiller. 2013). Além disso, a terapia cognitivo-comportamental tem sido igualmente associada, a melhorias significativas na qualidade de vida de pacientes com ansiedade (Hofmann, Wu & Boettcher, 2014).

Especificamente, na perturbação de ansiedade generalizada a terapia cognitivo-comportamental manifesta ampla eficácia, uma vez que inclui no tratamento uma análise funcional através da psicoeducação, da abordagem emocional e comportamental (exposição, relaxamento) e da abordagem cognitiva (Borza,2017).

Assim sendo, a proposta de intervenção referente ao caso M.L. baseia-se no modelo da terapia cognitivo-comportamental. Desta forma, foi elaborada uma tabela (Tabela 2), onde estão definidas as principais dificuldades da paciente e estratégias/técnicas a serem utilizadas ao abrigo do modelo de intervenção escolhido, de forma a auxiliar e solucionar os problemas manifestados pela paciente.

Tabela 2

Estratégias / Técnicas Propostas para a Intervenção Psicológica: Caso M.L.

Dificuldades	Estratégias / Técnicas
Medicação psicofarmacológica	<ul style="list-style-type: none">› Psicoeducação (Importância do tratamento psicofarmacológico)
Sono	<ul style="list-style-type: none">› Psicoeducação (Higiene do Sono)› Respiração diafragmática e relaxamento imagético
Sintomatologia Ansiosa	<ul style="list-style-type: none">› Integração no grupo terapêutico para perturbações de ansiedade do Centro Hospitalar› Monitorização da Ansiedade: Auto-registo› Reconhecimento de reações corporais› Desenvolvimento de aptidões de Atenção Plena: exercícios e áudios
Sintomatologia Depressiva	<ul style="list-style-type: none">› Psicoeducação (Depressão)<ul style="list-style-type: none">› Lista de atividades› Registo de pensamentos automáticos› Questionamento socrático
Baixa Autoestima	<ul style="list-style-type: none">› Reestruturação cognitiva, com substituição de distorções cognitivas por pensamentos e crenças mais adaptativas e funcionais

-
- › Trabalhar conceitos de autoavaliação e autoaceitação, tornando-os positivos
 - › Exercício: Pontos Fortes/Pontos Fracos
-

Relações Interpessoais

- › Role-Play
 - › Reestruturação cognitiva, com substituição de distorções cognitivas as por pensamentos e crenças mais adaptativas e funcionais
-

O processo terapêutico iniciou-se em novembro de 2019, tendo ficado suspenso devido à pandemia de COVID-19. No entanto, na sua totalidade a intervenção psicológica contaria com 16 sessões, com duração de 50 minutos cada.

A intervenção psicoterapêutica proposta visa trabalhar as dificuldades apresentadas pela paciente, com objetivo de melhoria sintomatológica e desenvolvimento pessoal.

- **Sessão 1**

A primeira sessão apresentou como principais objetivos o estabelecimento de uma relação terapêutica com a paciente, visando a criação de um vínculo emocional, seguro e de confiança. A exploração de preocupações e expectativas acerca da ida à consulta, bem como análise do motivo de encaminhamento. Por fim, o início da entrevista e devida recolha anamnésica. Nesta sessão, M.L. encontrava-se apreensiva, pouco comunicativa, recorrendo frequentemente a respostas dicotômicas (sim/não) ou mudando o assunto.

- **Sessão 2**

A segunda sessão consagrou-se na partilha de objetivos terapêuticos, na medida de compreensão dos principais objetivos a serem alcançados pela paciente, onde foi reforçado a importância do papel ativo do paciente no tratamento. Foi igualmente explicado e abordado o modelo de intervenção (Terapia Cognitivo-Comportamental).

Da mesma forma, foram percebidas as motivações da paciente para a descontinuação do tratamento psicofarmacológico e efetuada psicoeducação nesse âmbito.

- **Sessão 3**

Dado o observável estado de ansiedade presente na paciente, a terceira sessão destinou-se à abordagem acerca do grupo terapêutico de perturbações ansiosas do Centro Hospitalar, sendo proposto à paciente, a sua participação no mesmo. Durante a sessão foi disponibilizada informação acerca do funcionamento, bem como principais objetivos, composição e data de iniciação do respetivo grupo. Posto isto, e verificada a disponibilidade e colaboração da paciente face à sua integração neste, foi efetuada a avaliação psicológica; para tal foram utilizados instrumentos como HADS, BSI e MOS-SF-36.

- **Sessão 4**

A quarta sessão dedicou-se aos problemas de sono manifestados pela paciente. Uma vez que M.L. apresentava dificuldades em adormecer e manter um sono reparador, motivadas pela ansiedade que sentia. Deste modo, foi realizada psicoeducação acerca da importância do sono e higiene no sono, após isso foi realizado um exercício de respiração diafragmática, orientando a paciente para as suas inspirações e expirações, para além disso foi também realizado um exercício de relaxamento imagético (Junqueira, 2006) (Anexo E1) sendo no final da sessão recomendado à paciente que treinasse estas estratégias antes de ir dormir.

- **Sessão 5**

Esta sessão, dedicou-se à sintomatologia depressiva, sendo efetuada uma psicoeducação breve acerca da depressão, explicando o que era e quais os sinais e sintomas frequentemente associados. Durante esta sessão, M.L. declarou que lhe ocorrem pensamentos negativos “Eu tenho muitos pensamentos negativos” (sic). Afim de esclarecer e explorar o tipo de pensamentos referenciados por M.L., foi proposto à paciente como trabalho de casa, o preenchimento de um registo de pensamentos automáticos (Anexo E2). Após o fornecimento da folha, foi demonstrado e explicado à

paciente como deveria efetuar o registo. Segundo Powell *et al.*, (2008), o recurso a esta técnica aumenta a objetividade e possibilita que o paciente se recorde facilmente de eventos, pensamentos e sentimentos ocorridos entre sessões.

- **Sessão 6**

A sexta sessão assentaria na continuação da sessão anterior, abordando igualmente aspetos da sintomatologia depressiva da paciente. Seria efetuada uma reflexão acerca da sessão anterior e explorado o registo de pensamentos automáticos de M.L. através da técnica de questionamento socrático. Westbrook, Kennerley e Kirk (2011), referenciam o método socrático, como uma metodologia pertinente e útil em contexto psicoterapêutico, uma vez que através deste o paciente é encorajado a reavaliar e rever as suas respostas e a tirar as suas próprias conclusões. Para além disso, seria planeado em conjunto com a paciente, uma lista de atividades para a mesma realizar.

- **Sessões 7 e 8**

Apesar de M.L. se encontrar integrada no grupo terapêutico para perturbações ansiosas, salienta-se a importância da abordagem da sintomatologia ansiosa em processo individual. Assim, a sétima sessão e oitava sessões dedicar-se-iam à intervenção terapêutica na ansiedade. Numa primeira instância iria ser realizado com a paciente o reconhecimento de reações a nível corporal associadas à ansiedade, explicando à paciente o ciclo da ansiedade (Anexo E3), para além disso iria ser proposto à paciente como trabalho de casa a auto-monitorização da ansiedade através de uma folha de registo (Anexo E4). De seguida, iriam ser trabalhadas aptidões de atenção plena através de exercícios: “Ser mindful” (Sweet, 2015) (Anexo E5) tanto em contexto de consulta como trabalho de casa.

Para Hoge *et al.*, (2013) a atenção plena permite que os pensamentos se passem dentro e fora da consciência sem julgamento. Para estes autores, esta prática reduz a ruminação acerca de pensamentos negativos e ajuda os pacientes com perturbações de ansiedade a melhorar o seu discurso, a diminuir o seu autojulgamento e a serem mais gentis consigo. As perturbações de ansiedade centram-se na preocupação excessiva com eventos futuros e pensamentos negativos, a prática da atenção plena ajuda os pacientes a

concentrarem-se no momento presente, diminuindo a preocupação, pensamentos e sentimentos negativos e melhorando disfunções a nível cognitivo em adultos mais velhos. (Lenze *et al.*, 2014)

- **Sessões 9 e 10**

A nona e décima sessões incidiriam sobre a baixa autoestima da paciente, uma vez que em sessões anteriores M.L. confessou que necessitava de perder peso para se sentir bem consigo própria, declarando inclusive a perda de 4 kg através da adoção de um estilo de vida saudável e prática de exercício físico, nomeadamente caminhadas com o marido. No entanto, a paciente afirma necessidade de perder mais peso para se sentir melhor com a sua imagem.

Assim sendo, a nona sessão visa o enfoque na reestruturação cognitiva e abordagem de crenças disfuncionais apresentadas pela paciente em relação à sua imagem, articulando como trabalho de casa, o exercício: Pontos fortes/ Pontos fracos (Anexo E6). A décima sessão, permitiria a reflexão da sessão anterior e exploração do trabalho de casa e análise e interpretação dos conceitos de autoavaliação e autoconceito, de forma a torna-los positivos.

- **Sessão 11 e 12**

A décima primeira sessão, dedicar-se-ia à exploração e gestão dos conflitos interpessoais através da técnica de role-play. Segundo Beck (2011), a técnica de role-play pode ser usada numa ampla variedade de propósitos, através desta é possível a evocação de pensamentos automáticos, desenvolvimento de respostas adaptativas e modificação de crenças. O principal intuito do uso desta técnica nesta sessão seria a exploração dos principais pensamentos automáticos e distorções cognitivas associadas. Na continuidade de sessão anterior, a décima segunda sessão seria organizada segundo a técnica de reestruturação cognitiva, de forma a proceder a identificação de quais as distorções cognitivas e pensamentos automáticos subjacentes aos conflitos interpessoais de M.L. e posterior substituição destas, por crenças realistas, funcionais e adaptativas.

- **Sessão 13 e 14**

A décima terceira sessão, centrar-se-ia na reavaliação de M.L., sendo para isso novamente administrados os instrumentos de avaliação inicial. Já a décima quarta sessão dedicar-se-ia à respetiva devolução de resultados, bem como ao respetivo início de avaliação do trajeto da intervenção psicológica realizada.

- **Sessão 15 e 16**

Estas duas últimas sessões focalizar-se-iam na continuação da avaliação do progresso da paciente iniciada em sessões anteriores, na prevenção da recaída e na questão da finalização do tratamento.

Assim sendo, a décima quinta sessão, concentrar-se-ia na discussão acerca do percurso terapêutico efetuado, seriam revistas com M.L. todas as aprendizagens ao longo da psicoterapia e quais as estratégias mais úteis. Para além disso, seria ainda abordado nesta sessão a possibilidade de finalização.

A décima sexta sessão, incidiria na prevenção de recaída, seriam abordadas com M.L. quais as possíveis situações futuras que seriam difíceis ou que levariam a uma recorrência do problema, seriam igualmente discutidas formas de responder às mesmas, segundo o que foi aprendido em terapia, por exemplo recorrendo à revisão de trabalhos de casa ou a ferramentas adquiridas. Para além disso, seriam ainda exploradas e processadas emoções associadas à conclusão da psicoterapia. Por fim, salientar-se-ia o papel do paciente como o seu próprio terapeuta, munido de técnicas e ferramentas essenciais, no entanto ressaltando a disponibilidade de ajuda psicológica em qualquer circunstância.

1.12. Reflexão do Caso M.L.

O caso de M.L. foi um caso com amplo significado para mim, marcando o meu percurso enquanto estagiária não só por ser o meu primeiro contacto com a prática clínica, mas também por me permitir ter contacto com duas das condições psicopatológicas mais prevalentes na população portuguesa, a ansiedade e depressão.

Para além disso, este caso motivou-me a um maior desenvolvimento de características essenciais para a relação terapêutica como por exemplo a empatia e a escuta ativa, assim como me proporcionou a exploração e compreensão de vários sentimentos e emoções decorrentes da experiência, que é a intervenção terapêutica.

Apesar da intervenção com M.L. ter sido até ao presente momento breve, a paciente mostrava-se motivada e com uma atitude de cooperação perante o acompanhamento psicoterapêutico, nomeadamente através da declaração, que desde que começou a ser seguida em Psicologia, se sentiu capaz de voltar a realizar atividades que já não efetuava há muito tempo ter como por exemplo voltar a visitar a campa dos pais “Ontem consegui ir visitar a campa dos meus pais, já não ia lá desde que eles faleceram. Sabe que flor é que lhes levei? Margaridas, como naquele exercício de relaxamento que fez comigo.” (sic) ou entrar novamente em contacto com o seu irmão.

Durante as sessões uma das principais dificuldades sentidas, foi o facto de a paciente apresentar um discurso orientado para situações específicas e mágoas resultantes das mesmas, dificultando a exploração e análise de outros pontos da sua vida.

Reflexão final

A experiência de estágio é a ambição final de qualquer estudante de Psicologia, para além de ser a oportunidade do primeiro contacto com a prática clínica é também através deste que conseguimos consolidar a teoria aprendida ao longo dos vários anos que compõem o curso, com o contexto prático.

Quando iniciei o estágio, lembro-me do receio que senti de não ser capaz e das várias inseguranças e dúvidas que sobrevoaram a minha mente. No entanto com o passar do tempo e com a adaptação realizada, compreendi o quão importante era a psicologia e, principalmente, o papel do psicólogo.

Através da observação de consultas entendi que, por vezes, o psicólogo é todo o apoio e escuta que o paciente consegue, tornando o papel do psicólogo único e um enorme suporte para os seus pacientes. Através dos grupos psicoeducativos, apreendi o quão significativa pode ser a psicoeducação através da qual se podem realmente modificar comportamentos, e o quão essencial pode ser o apoio e a partilha no interior de um grupo. Pelas reuniões conheci a importância de uma equipa multidisciplinar em contexto de saúde mental, onde cada profissional age de acordo com a sua função, mesmo perante dificuldades externas e adquirir conhecimentos sobre vários temas e assuntos pertinentes.

Por efeito da chegada da pandemia mundial (COVID-19), a experiência de estágio acabou por terminar, o que originou uma situação de alto impacto emocional, uma vez que existiu a necessidade de adaptação a uma realidade desconhecida. Como resultado, abri a porta ao medo, angústia e a frustração: o medo e angústia de quem não sabia o que esperar do dia seguinte e a frustração sentida pela suspensão da atividade de estágio de carácter presencial. Contudo, o surgimento desta adversidade possibilitou a oportunidade de contacto com novas experiências, como por exemplo, a realização de teletrabalho.

No fundo, apesar de uma experiência de estágio incomum, esta acabou por ser bastante gratificante e enriquecedora, não apenas pelos conhecimentos que adquiri, mas pelas pessoas que conheci e pela oportunidade que tive de aprimorar o meu crescimento e desenvolvimento, quer a nível pessoal quer a nível profissional.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Arlington, Va: APA.
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford Publications
- Beaumont, J. G. (2008). *Introduction to neuropsychology*. Guilford Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (2nd ed.)*. The Guilford Press.
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 203.
- Brito, S. (2008). *A Psicologia Clínica – Procura de uma identidade*. Psilogos - Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, pp. 63-68.
- Buyse, D.J. , Reynolds, C.F, Monk, T.H. ,Berman, S.R. & Kupfer, D.J. (1989).The Pittsburgh Sleep Quality Index :a new instrument for psychiatric practice and research, *Psychiatry Research*,28,193-213.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (vol. II, pp. 87-109)*. Braga: SHO/APPORT.

- Centro Hospitalar XXX XXXX. (2019). Medicina Física e Reabilitação. <https://portal-chxx.min-saude.pt/pages/242>
- Centro Hospitalar XXX XXXX. (2019). UAG Psiquiatria e Saúde Mental. <https://portal-chxx.min-saude.pt/pages/261>
- Centro Hospitalar XXX XXXX. (2019). Psiquiatria. <https://portal-chxx.min-saude.pt/pages/421>
- Clark, A.D., & Beck, T.A. (2012). *Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*.
- Conçalves, A., & Coelho, S. R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada e cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 65-75.
- Coordenação Nacional para Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(9), 1205–1211. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1205>
- Espirito-Santo, H. (2013). *Manual de Neuropsicologia*. Coimbra: ISMT. *Manual em PDF ou em ficheiro para iPad: Manual de Neuropsicologia-pequeno.ibooks*
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), 15-30.

- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal cognitive assessment: validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 37-43.
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical psychology review*, 33(8), 954-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 375. <https://doi.org/10.1037/a0035491>
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington, J. J., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), 786–792. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08083>
- Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: técnicas de relaxamento e dinâmicas*. Goiânia: Ed. Da UCG.
- Jurica, P. J., Leitten, C. L., Mattis, S., Cavaco, S., & Teixeira-Pinto, A. (2011). DRS-2 [Teste]: Escala de avaliação da demência-2: manual técnico= Dementia rating scale 2. *Tradução de Sara Cavaco, Armando Teixeira-Pinto. Lisboa: CEGOC-TEA*.
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., Doré, P., & Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(10), 991–1000. <https://doi.org/10.1002/gps.4086>

- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., & Reynolds III, C. F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 722-728. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.722>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *A Situação da Psicologia no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, *12*(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pedinielli, J.L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Ponciano, E., Cardoso, I., & Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior. In A. Pereira, & Decq Motta (Eds.), *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção* (pp. 329-337). Coimbra: SASUC.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*, s73-s80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>.
- Quemada, J. I., & Echeburúa, E. (2008). Funciones y formación del neuropsicólogo clínico: una propuesta. *Papeles del Psicólogo*, *29*(3), 301-306

- Reitan, R. M. (1955). The relation of the trail making test to organic brain damage. *Journal of consulting psychology*, 19(5), 393.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 17(3), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self -report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191 -208.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Santos, S. C. e Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Serra, C., Pires, D., Faria, J., & Pereira, M. (2015). *Intervenção Psicológica Em Crise E Catástrofe*. Lisboa. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Spielberger, C. D. (1983). Manual for the Stait-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y) (“Self Evaluation Questionnaire”). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.

- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*, *13*, 163. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-163>
- Sweet, C. (2015). *Mindfulness – o diário*. Editorial Planeta
- Van Ingen, D. J., & Novicki, D. J. (2009). An effectiveness study of group therapy for anxiety disorders. *International journal of group psychotherapy*, *59*(2), 243–251. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2009.59.2.243>
- Wahass S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of family & community medicine*, *12*(2), 63–70.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., et al. (1993) SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, the Health Institute, Boston.
- Watkins, C. (2013). Being and Becoming a Psychotherapy Supervisor: The Crucial Triad of Learning Difficulties. *American Journal of Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.2.135>
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-Terceira Edição (WAIS-III)*. Lisboa: Cegoc
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.

Zigmond AS, Snaith P. (1980). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67: 61-70.

Zhiguo, W. U., & Yiru, F. A. N. G. (2014). Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai archives of psychiatry*, 26(4), 227.

Doi: [10.3969/j.issn.1002-0829.2014.04.006](https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2014.04.006)

Zinbarg, E.R., Craske, G.M., & Barlow, H.D. (2006). *Mastery of Your Anxiety and Worry – Therapist Guide*.

Relatório de estágio

Joana Moreira Dias

Parte II

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

Neuropsicologia

Gandra, 2020

Joana Moreira Dias

Código da aluna: 23453

Anexos ao Relatório de Estágio

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

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

Granda,2020

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A

- Plano de Estágio Curricular

Anexo B

- Relatórios de Avaliação Clínica

Anexo C

- Grupo Psicoeducativo de “Cardíacos”
- Apresentação

Anexo C1

- Apresentação “Coerência Cardíaca”

Anexo D

- Grupo psicoeducativo de Ansiedade
- Plano de sessões
- Apresentações

Anexo D1

- Apresentação “Ansiedade e Respiração Diafragmática”
- Folheto informativo “Ansiedade e Respiração Diafragmática”

Anexo D2

- Relacionamento Interpessoal

Anexo D3

- Apresentação “Saber dizer não”
-

Anexo D4

- Apresentação “Como lidar com o stress”

Anexo D5

- Apresentação “Emoções”

Anexo D6

- Apresentação “Autoestima”

Anexo D7

- Apresentação “Depressão”

Anexo D8

- Apresentação “Higiene do Sono”

Anexo E

- Caso Clínico M.L.

Anexo E1

- Relaxamento imagético

Anexo E2

- Folha de registo de pensamentos automáticos

Anexo E3

- Ciclo da Ansiedade

Anexo E4

- Folha de registo da Ansiedade

Anexo E5

- Exercício: Ser Mindful

Anexo E6

-
- Exercício: pontos fortes/pontos fracos

Anexo F

- Outras atividades

Anexo F1

- Apresentação “Mindfulness em pacientes perante isolamento”

Anexo F2

- Apresentação “Sono e Problemas cardíacos”

Anexo F3

- Apresentação “Ser Quântico”
-

Anexo A

- Plano de Estágio Curricular
-

Plano de atividades decorridas durante o estágio

Outubro de 2019	<ul style="list-style-type: none">› Reunião/Apresentação do local de estágio;› Início de observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;› Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD);› Participação em reuniões científicas da CPSM.
Novembro 2019	<ul style="list-style-type: none">› Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;› Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD);› Participação em reuniões científicas da CPSM;› Reuniões de Supervisão de Estágio-IUCS;› Início da realização de primeiras consultas de forma autónoma.
Dezembro 2019	<ul style="list-style-type: none">› Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;› Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria

	<p>Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD);</p> <ul style="list-style-type: none"> › Participação em reuniões científicas da CPSM; › Atividades de Avaliação Psicológica no SMFR; › Reuniões de supervisão de estágio -IUCS; › Festa de Natal da CPSM.
Janeiro 2020	<ul style="list-style-type: none"> › Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio; › Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD); › Participação em reuniões científicas da CPSM; › Atividades de Avaliação Psicológica no SMFR e CPSM; › Realização de consultas externas na CPSM. › Reuniões de supervisão de estágio -IUCS.
Fevereiro 2020	<ul style="list-style-type: none"> › Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio; › Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria

Comunitária e Hospital de Dia
(UPCHD);

- › Participação em reuniões científicas da CPSM;
- › Atividades de Avaliação Psicológica no SMFR e CPSM;
- › Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR;
- › Reuniões de supervisão de estágio -IUCS.
- › Início da participação no grupo psicoeducativo dedicado a pessoas com perturbação de ansiedade.

Março 2020

- › Observação de consultas externas realizadas pela orientadora de estágio;
 - › Participação em reuniões da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia (UPCHD);
 - › Participação em reuniões científicas da CPSM;
 - › Realização de consultas externas na CPSM e no SMFR;
 - › Reuniões de supervisão de estágio -IUCS.
 - › Participação no grupo psicoeducativo dedicado a pessoas com perturbação de ansiedade;
 - › Suspensão de estágio – COVID-19.
-

Anexo B

- Relatórios de Avaliação Clínica
-

Relatório de avaliação psicológica

Dados Identificatórios

(S.G.), 33 anos, masculino, 3ºano de escolaridade.

Motivo de Encaminhamento

Pedido de avaliação intelectual.

Instrumentos de avaliação utilizados

- WAIS-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Adulto – Terceira Edição

Resultados Obtidos e Interpretação

<i>Resultados obtidos por Q.I/Índice</i>	<i>Q.I/Índice</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
<i>Verbal</i>	52	0.1	Muito inferior
<i>Realização</i>	50	< 0.1	Muito inferior
<i>Global</i>	49	< 0.1	Muito inferior
<i>Compreensão verbal</i>	57	0.2	Muito inferior
<i>Organização</i>	54	0.1	Muito inferior
<i>Perceptiva</i>			
<i>Memória de Trabalho</i>	51	<0.1	Muito inferior
<i>Velocidade de Processamento</i>	51	<0.1	Muito inferior

QI Global

Em termos globais o Q.I do paciente é muito inferior, situando-se a mais de 3DP abaixo da média, ou seja, em valores intelectualmente deficitários para a sua idade.

< 0.1% das pessoas tem valores iguais ou inferiores enquanto que 99.9% da amostra da população da sua faixa etária tem valores superiores.

QIV e QIR

Relativamente aos Q.I verbal e Q.I realização, é constatável a existência de graves défices em ambos os índices. Encontrando-se os resultados do paciente situados a mais de 3DP abaixo da média.

Conclusão

S.G, 33 anos de idade, com 3º ano de escolaridade, foi avaliado quanto ao seu nível intelectual.

Com os resultados obtidos na avaliação, constata-se um QI Global muito inferior (QI 49) e ainda dificuldades a todos os domínios, ou seja, nas aptidões verbais compreensivas, nas aptidões de organização perceptiva, memória e funções executivas.

Segundo os critérios de diagnóstico do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5, S.G. apresenta um quadro de perturbação de desenvolvimento intelectual com grau de gravidade grave.

Xxxxx, 3 de fevereiro 2020

Xxxxx xxxxx (*Psicóloga Clínica Especializada*)

Joana Dias (*Psicóloga Estagiária*)

Relatório de avaliação psicológica

Dados Identificatórios

(M.S), 55 anos, feminino, casada, 4º de escolaridade, doméstica, tem 2 filhas.

Motivo de Encaminhamento

Pedido de avaliação devido a queixas mnésicas e cognitivas.

Comportamento durante a avaliação

Durante a avaliação M.S. mostrou-se colaborante, orientada no tempo e no espaço, com discurso normal em termos de fluência, ritmo e prosódia e comportamento adequado. No entanto, é de salientar a existente labilidade emocional ao longo da avaliação, bem como sintomatologia ansiosa também presente.

Instrumentos de avaliação utilizados

- Montreal Cognitive Assessment (MOCA)
- Sus-teste Código- Escala de Inteligência de Weschler para adultos (Wais-III)
- Escala de Avaliação da Demência- 2 (DRS-2)

Resultados Obtidos e Interpretação

Rastreio cognitivo

<i>Prova</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Ponto de Corte</i>	<i>Classificação</i>
<i>MoCA</i>	18/30	Média 21.78 DP 2.86	Défice Cognitivo
Prova do Relógio	3/3		Sem alterações significativas

Escala de Avaliação da Demência

<i>DRS-2</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
DRS-2 -Total	117	5	Défice Moderado
Subescalas			
Atenção (AT-1+AT-2+AT-3)	32	5	Défice Moderado
Iniciação/Perseveração (I/P-1 + I/P-2)	27	5	Défice Moderado

Construção (CONST)	6	60-71	Na média (intacta)
Conceptualização (CONCEPT)	32	29-40	Média- baixa (intacta)
Memória MEM-1 + MEM-2	20	6-10	Défice-ligeiro

Prova complementar – Velocidade de Processamento

<i>Código – WAIS-III</i>	<i>Pontuação Bruta</i>	<i>Percentil</i>	<i>Classificação</i>
	6	1	2DP abaixo da média

Na prova de rastreio cognitivo (MoCA), a paciente pontua com 18(30) apresentando défice cognitivo, demonstrando particular dificuldade nas subprovas: visuo-espacial/executiva, linguagem, abstração e evocação diferida.

No que concerne à Escala de Avaliação de Demência (DRS-2), M.S. indica défice moderado na totalidade da prova, bem como nas subescalas de atenção e iniciação/preservação, nas subescalas de construção e conceptualização apresenta-se na média/média-baixa, já na subescala de memória é constatável um défice ligeiro.

Relativamente ao subteste de código (WAIS-III), a paciente situa-se 2DP abaixo da média, enfatizando défices na atenção e velocidade de processamento de informação.

Conclusão

Através das provas realizadas, é possível constatar um comprometimento significativo a nível cognitivo, particularmente em áreas relacionadas com atenção e memória.

No entanto, é importante salientar a labilidade emocional e sintomatologia ansiosa presentes em M.S. fruto de acontecimentos de vida recentes. Assim sendo, será pertinente uma avaliação posterior, assim como acompanhamento psicoterapêutico.

Xxxxx, 5 de Março, 2020
Joana Dias (*Psicóloga Estagiária*)

Anexo C

- Grupo Psicoeducativo de “Cardíacos”
 - Apresentação
-

Anexo C1

- Apresentação “Coerência Cardíaca”
-



Cérebro-Coração: Conexão

- O cérebro responde ao estresse, ao cansaço e outras condições impostas ao corpo.
- Quando ocorre um stress cerebral ou psíquico sobre o corpo, ocorre um estado de tensão no sistema nervoso e emocional e a gestão cognitiva e a capacidade de resolução de problemas.

Um diagrama circular que mostra um cérebro humano e um coração humano conectados por uma linha de pontos, simbolizando a conexão entre o cérebro e o coração.

Para muitos de nós, a vida moderna tem características que nos afastam pouco a pouco da coerência que se estabelece em diferentes estados emocionais e estados de tensão física, cognitiva e emocional.

Durante stress e cansaço, o corpo responde de forma automática e involuntária, o que resulta em uma diminuição da capacidade de pensar com clareza, aprender, recordar e tomar decisões eficazes.

Durante estados emocionais positivos, ocorre um estado de coerência que resulta em uma melhoria da capacidade de pensar, de recordar, de aprender e de tomar decisões eficazes.

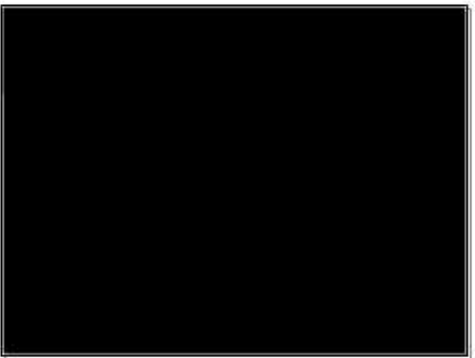
Adotando positivamente, a forma como pensamos, sentimos, nos movemos e nos comunicamos.

Coerência Cardíaca : o que é?

Coerência é um estado em que a mente, o coração e o corpo humano se conectam ao ritmo natural do corpo físico, criando e harmonizando entre si as partes de um sistema ou sistema humano.

Quando falamos de coerência do sistema cardíaco, estamos a falar de uma coerência entre a atividade elétrica dos ritmos do coração que funciona como pulso de vida, ordenado e sincronizado a ondas sinusóides.

Um gráfico que mostra uma onda sinusoidal regular, representando o ritmo cardíaco coerente.



Como alcançar a Coerência Cardíaca?

Fonte: revisão publicada online por **Wu, J.H., et al., J.C. (2009)**, sobre o conceito de coerência psicológica e fisiológica, com ênfase na conexão entre a mente e o corpo, e a importância da coerência para a saúde física, emocional e social. A coerência é definida como a capacidade de lidar com o estresse de maneira eficaz, resultando em benefícios para a saúde física, emocional e social.

Fonte: revisão publicada por **Allen, M., et al., (2010)**, sobre o conceito de coerência cardíaca, que se refere à sincronização entre o sistema cardiovascular e o sistema nervoso central. A coerência cardíaca é caracterizada por uma variabilidade reduzida da frequência cardíaca, o que indica um estado de relaxamento e estabilidade emocional.

EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO E MEDITAÇÃO



Processo Meditativo para a Mudança

O processo meditativo para a mudança envolve:

- Reconhecimento da situação atual
- Identificação dos fatores que a causam
- "Foco" na solução para a mudança da situação atual
- Desenvolvimento de uma nova perspectiva
- Aplicação da nova perspectiva para a situação atual
- Avaliação da situação atual

O processo de mudança é um processo de aprendizagem contínua, que envolve a identificação dos fatores que a causam, o desenvolvimento de uma nova perspectiva e a aplicação da nova perspectiva para a situação atual.

Os resultados do processo de mudança são:

- Maior consciência da situação atual
- Maior identificação dos fatores que a causam
- Maior desenvolvimento de uma nova perspectiva
- Maior aplicação da nova perspectiva para a situação atual

Atividade Elétrica Cerebral: Ondas do futuro

Beta	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de alerta • Estado de tensão • Estado de ansiedade • Estado de preocupação • Estado de estresse
Alfa	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de relaxamento • Estado de calma • Estado de serenidade • Estado de tranquilidade • Estado de harmonia
Teta	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de sono profundo • Estado de inconsciência • Estado de anestesia • Estado de coma • Estado de morte
Delta	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de sono profundo • Estado de inconsciência • Estado de anestesia • Estado de coma • Estado de morte

Mente analítica

Na mente analítica, a mente consciente (20%) é responsável por lidar com a realidade externa, enquanto a mente subconsciente (80%) é responsável por lidar com a realidade interna. A mente analítica é caracterizada por uma abordagem lógica e racional para a resolução de problemas.

Fonte: revisão publicada por **Wu, J.H., et al., J.C. (2009)**, sobre o conceito de coerência psicológica e fisiológica, com ênfase na conexão entre a mente e o corpo, e a importância da coerência para a saúde física, emocional e social.

Mente consciente e subconsciente

Na mente consciente, a mente consciente (20%) é responsável por lidar com a realidade externa, enquanto a mente subconsciente (80%) é responsável por lidar com a realidade interna. A mente consciente é caracterizada por uma abordagem lógica e racional para a resolução de problemas.

Fonte: revisão publicada por **Wu, J.H., et al., J.C. (2009)**, sobre o conceito de coerência psicológica e fisiológica, com ênfase na conexão entre a mente e o corpo, e a importância da coerência para a saúde física, emocional e social.

Meditar é ir além da mente analítica

- A mente analítica é responsável por estabelecer o e o afetar o estado de espírito.
- A mente subconsciente é responsável por estabelecer o estado de espírito e a personalidade.
- Quando medita, a mente analítica se desliga e a mente subconsciente se torna dominante, permitindo que a consciência se conecte com o poder da mente de espírito.

Meditação conduz-nos do estado Beta para o Alfa

- Quando praticamos a meditação, a mente analítica se desliga e a mente subconsciente se torna dominante, permitindo que a consciência se conecte com o poder da mente de espírito.
- A mente subconsciente é responsável por estabelecer o estado de espírito e a personalidade.
- Quando medita, a mente analítica se desliga e a mente subconsciente se torna dominante, permitindo que a consciência se conecte com o poder da mente de espírito.

Passamos do estado de espírito beta para o estado de espírito alfa. O objetivo final de uma boa meditação é estabelecer a mente subconsciente.

Meditação conduz-nos do estado Beta para o Teta

- Quando medita, a mente analítica se desliga e a mente subconsciente se torna dominante, permitindo que a consciência se conecte com o poder da mente de espírito.
- A mente subconsciente é responsável por estabelecer o estado de espírito e a personalidade.
- Quando medita, a mente analítica se desliga e a mente subconsciente se torna dominante, permitindo que a consciência se conecte com o poder da mente de espírito.



Referências Bibliográficas

Dreyfus, F. D. (2003). Como criar um estado de espírito alfa? Disponível em: [http://www.dreyfus.com.br/](#)

Flow State Institute (2019). Estado de Fluxo. Disponível em: [https://www.flowstateinstitute.com/](#)

Evans, D.L., Lee, S.M., Kim, J., Wang, M.C., & Wang, S. W. (2011). Discrete cortical areas become active and show a flow-like along a single meditative form state in the non-the meditative. *PLoS ONE*, 6(10), e25558.

Wu, S.D., & Lu, P. C. (2008). Discrete cortical areas become active and show a flow-like along a single meditative form state in the non-the meditative. *PLoS ONE*, 3(10), e3717.

Anexo D

- Grupo psicoeducativo de Ansiedade
 - Plano de sessões
 - Apresentações
-

Tema	Técnico
Apresentação / Avaliação das expectativas	Orientadora de estágio
Ansiedade e respiração diafragmática	Joana / Sara
Relaxamento Muscular	Joana/ Sara
Relaxamento Imagético	Joana /Sara
Relacionamento Interpessoal	Joana/ Sara
Assertividade	Joana/ Sara
Treino de Resolução de Problemas	Joana/ Sara
Saber dizer não	Joana/ Sara
Como lidar com o stress	Joana/ Sara
Equilíbrio Ocupacional	Terapeuta ocupacional
Cognições	Joana/ Sara
Emoções	Joana /Sara
Auto-estima	Joana/Sara
Auto-eficácia/Motivação	Joana/ Sara
Memória	Joana/ Sara

Depressão	Joana/ Sara
Higiene do sono	Joana/ Sara
Perdão	Joana/ Sara
Mindfulness	Joana/ Sara
Mindfulness	Joana/ Sara
Revisão do progresso	Joana/ Sara
Finalização	Orientadora de estágio

Anexo D1

- Apresentação “Ansiedade e Respiração Diafragmática”
 - Folheto informativo “Respiração Diafragmática”
-



O que é?

Ansiedade é uma emoção natural e necessária, com uma função protetora. É uma reação normal, necessária, por vezes e durante circunstâncias.

O medo é o resultado da percepção de uma ameaça real ou imaginária.



Como Experienciamos a Ansiedade?

4 componentes na relação à ansiedade:

- Forma de pensar
- Emoções
- Reações Físicas
- Comportamentos

Forma de pensar

- Os riscos, perigos ou a falta de pensar positivos, cogitando o pior e a possibilidade de consequências ruins quanto à situação.
- Reações das emoções relacionadas com esta maneira de pensar em relação à ansiedade.
- Exemplos de pensamentos ansiosos ou controlados pela ansiedade:
 - "Não sou capaz de lidar com isto."
 - "Não tenho a capacidade."
- O risco percebido pode também assumir a forma de preocupação em relação ao futuro ou ao futuro. Exemplos: "O quê?", "O que vou fazer?"

As nossas emoções

- Quando nos sentimos ansiosos podemos sentir emoções como medo, nervosismo ou preocupação.
- Sensação de insegurança pelo facto de termos ansiedade.
- Tendência de por excepção a relacionar os aspectos com algo de inesperado.
- Zangado por motivos ansiosos, ou por outro, nos colocamos em situações que levam a reacções de stress e de preocupação.
- Quando a ansiedade se torna uma presença habitual, podemos sentir-nos tristes, desmotivados ou dependentes, como consequência do impacto que a ansiedade tem na nossa vida.

As nossas reações físicas

- Quando estamos ansiosos acontece muitas das vezes, uma atenuação por parte do cérebro de resposta de fuga, luta ou mobilização.
- Levando a reacções físicas como:
 - Alta taxa de frequência cardíaca
 - Apeto ou falta de apetite
 - Respiração curta
 - Sudores ou falta de suor
 - Calor
 - Distúrbios do sono ou da alimentação



Comportamento

- Os comportamentos são muito semelhantes aos sintomas físicos.
- É claro, situações que possam ser desencadeadas por ansiedade, mas algumas vezes o medo de se ir a um determinado local a não ir, evitar ter uma presença de pessoas que possam ser julgados, evitar sair de casa.
- Os sintomas físicos e a ansiedade podem ser desencadeados por situações que não são necessariamente relacionadas com a ansiedade.
- Se não houver a ansiedade, não há a possibilidade de sintomas físicos, mas se há a ansiedade, há a possibilidade de sintomas físicos.
- Se não há a ansiedade, não há a possibilidade de sintomas físicos, mas se há a ansiedade, há a possibilidade de sintomas físicos.
- Se não há a ansiedade, não há a possibilidade de sintomas físicos, mas se há a ansiedade, há a possibilidade de sintomas físicos.

Sinais de perturbação de pânico

Cognitivo/Emocional

- Pensamentos catastróficos
- Sentido de falta de controlo da situação
- Pensamentos sobre morte
- Dificuldade de respirar
- Sentimento de desorientação
- Sentimento de estar a perder o controlo

Fisiológica

- Respiração superficial e rápida
- Pulso rápido
- Sudorese
- Formigamentos
- Tonturas
- Febre
- Calafrios
- Formigamentos

Comportamental

- Evitar situações de stress
- Evitar situações de stress



Perturbação de Ansiedade Generalizada

Mas como controlamos a ansiedade?

Respiração Diafragmática

Coloquemos a mão sobre o peito e a abdómen e vamos respirar a normalidade a cada inspiração e expiração.

Assim percebemos que a respiração diafragmática é mais eficiente do que a respiração torácica.

Respiração Diafragmática

- Respiração diafragmática permite atingir volumes maiores de ar para cada ciclo respiratório, reduzindo a frequência e aumentando a eficiência da respiração.

Benefícios

- Reduz a tensão muscular associada ao stress e promove o relaxamento muscular.
- Melhora a circulação sanguínea e a oxigenação dos tecidos.
- Reduz a frequência cardíaca e a pressão arterial.
- Melhora a concentração e a produtividade.
- Reduz a ansiedade e o stress.

Respiração diafragmática

Referências Bibliográficas

- May, C. (2015). *Respiração diafragmática*. Lisboa: Temas & Letras.
- World Health Organization. (2019). *Respiração diafragmática: um guia para a prática*. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications-detail/respiracao-diafragmatica>
- World Health Organization. (2019). *Respiração diafragmática: um guia para a prática*. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications-detail/respiracao-diafragmatica>



SOBRE RESPIRAR

A respiração Diafragmática utiliza o diafragma como músculo principal para a realização da inspiração e expiração.

- É um tipo de respiração que permite a utilização total da nossa capacidade pulmonar.
- Deve ser praticada pelo menos 2 vezes por dia, cerca de 5 a 6 minutos em alturas livres de distrações ou interrupções.

como fazer?

1

Sente-se ou deite-se numa posição confortável.

Mantenha as pernas afastadas com os pés relaxados e virados para fora.

2

Coloque as mãos sobre o umbigo e concentre-se no seu movimento.

Inspire pelo nariz e expire pela boca, deixando o ar sair sem esforço.

3

Inspire pelo nariz contanto até 4, enchendo lentamente os pulmões, procurando que a sua barriga se expanda.

Expire mais lentamente do que inspirou, deixando sair todo o ar.

BENEFÍCIOS



Redução dos níveis de stress



Redução dos níveis de ansiedade



Ajuda na Depressão



Combate a insónia



Auxilia nos ataques de pânico



Alivia a tensão muscular

Anexo D2

- Relacionamento Interpessoal
-



Papel desempenhado

A pessoa desempenha diferentes papéis, consoante o contexto e o conteúdo da relação.

Exemplos: pai, mãe, filho, irmão, amigo, colega de trabalho, chefe, etc.

O papel desempenhado pode determinar o papel de pai ou mãe, de filho ou filha, de irmão ou irmã, de amigo ou amiga, de colega de trabalho, etc.

Exemplo: pai, mãe, filho, irmão, amigo, colega de trabalho, chefe, etc.

O conteúdo da relação pode determinar o papel de pai ou mãe, de filho ou filha, de irmão ou irmã, de amigo ou amiga, de colega de trabalho, etc.

Conteúdo da Relação **Interlocutor**

Tudo o que se relaciona com o conteúdo da relação, como: família, grupo de amigos, grupo de trabalho, grupo de estudantes, etc.

A pessoa com quem se estabelece a relação é um fator que determina o conteúdo da relação interpessoal.

Tudo o que se relaciona com o conteúdo da relação, como: família, grupo de amigos, grupo de trabalho, grupo de estudantes, etc.

Estilos de comunicação na relação interpessoal

O modo como nos relacionamos com os outros, com maior ou menor eficácia no relacionamento, depende do estilo de comunicação que utilizamos.

O estilo de comunicação mais utilizado são os estilos: passivo, assertivo e agressivo.

1. Todos os estilos de comunicação são válidos, mas cada um tem as suas vantagens e desvantagens.
2. O estilo de comunicação mais utilizado é o assertivo.
3. É a utilização de um determinado estilo de comunicação que determina o tipo de relação interpessoal.



Estilo Agressivo

O Agressivo	Sinais
Pressão constante nos outros	Falar muito
Intervenção constante nos outros	Falar muito rápido
Ignorar a opinião dos outros	Falar muito alto
Ignorar a opinião dos outros	Falar muito baixo

Estilo Passivo

O Passivo	Sinais
Deixa-se falar pelos outros	Falar pouco
Deixa-se falar pelos outros	Falar muito rápido
Deixa-se falar pelos outros	Falar muito alto
Deixa-se falar pelos outros	Falar muito baixo

Estilo Manipulador

O manipulador	Sinais
Usa a manipulação para atingir os seus objetivos	Falar muito rápido
Usa a manipulação para atingir os seus objetivos	Falar muito alto
Usa a manipulação para atingir os seus objetivos	Falar muito baixo
Usa a manipulação para atingir os seus objetivos	Falar muito pouco

Estilo Assertivo

A pessoa Assertiva	Características de uma pessoa assertiva
Respeita os direitos dos outros	Respeita os direitos dos outros
Respeita os direitos dos outros	Respeita os direitos dos outros
Respeita os direitos dos outros	Respeita os direitos dos outros
Respeita os direitos dos outros	Respeita os direitos dos outros

Como melhorar as relações interpessoais?



Como melhorar as relações interpessoais?



Referências Bibliográficas

- Fialho, C.M. (2019) *Modelos de relações interpessoais* (1ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Da, B. (2021, Junho) 10 Maneiras de Melhorar suas Relações Interpessoais. *Behavioral Skills*. <https://www.behavioral-skills.com/10-ways-to-improve-your-relationships/>

Anexo D3

- Apresentação “Saber dizer não”
-

SABER DIZER NÃO !

Um não pode ser difícil de se pronunciar.
 Ao dizer não, não estamos negando o valor da oferta.
 Apenas queremos estabelecer limites em relação ao nosso tempo, recursos e habilidades para nos ocuparmos com ela.
 E, muitas vezes, a vontade que sentimos quando negamos uma situação ou pedido é a vontade, um comprometimento de alguma forma, que nos obriga a adaptar-nos a uma situação possível.

PORQUE QUE DIZEMOS "SIM", QUERENDO DIZER NÃO

- Não queremos fazer de construtor da nossa pessoa.
- O não pode não soar tão bom quanto o sim.
- Temos de garantir o bem-estar de quem nos pede.
- Não queremos causar o mesmo pedido repetitivo.
- Não queremos que pensemos que já não somos úteis.

3 TIPOS DE NÃO

- O Não-negativo
- O Não-positivo
- O Não-assertivo

O NÃO-NEGATIVO

Exemplo: A Rita quer dizer que a situação da reunião está a ser muito a complicada. Depois, todavia, afirma que não se pode fazer nada para alterar as condições, apenas se pode esperar e a situação vai melhorar. Ela não aceita a proposta, pois tem medo de falhar e não se quer sentir culpada.

• Então, se quiseres, o NÃO-NEGATIVO

Exemplo: Um colega pede para fazer um favor e tu não queres fazer. Tu não queres fazer porque não queres assumir a responsabilidade de fazer aquilo que ele pede.

• O não-negativo é uma forma de dizer não que não implica qualquer compromisso ou responsabilidade.

• É um tipo de não-negativo de dizer não que não implica qualquer compromisso ou responsabilidade.

Alguns fatores comuns que levam ao não-negativo

- Medo da responsabilidade
- Medo da situação
- Medo da situação
- Medo da situação
- Medo da situação
- Medo da situação

Alguns exemplos de não-negativo

- Não quero fazer isso porque...
- Não posso fazer isso porque...
- Não quero fazer isso porque...
- Não posso fazer isso porque...
- Não quero fazer isso porque...
- Não posso fazer isso porque...

O NÃO-POSITIVO

- É um não que implica a criação de uma situação que é impossível de resolver e que não pode ser resolvida.
- É um não que implica a criação de uma situação que é impossível de resolver e que não pode ser resolvida.
- É um não que implica a criação de uma situação que é impossível de resolver e que não pode ser resolvida.
- É um não que implica a criação de uma situação que é impossível de resolver e que não pode ser resolvida.
- É um não que implica a criação de uma situação que é impossível de resolver e que não pode ser resolvida.
- É um não que implica a criação de uma situação que é impossível de resolver e que não pode ser resolvida.

EXEMPLO

- O João é muito gentil com os pais e os amigos, mas não consegue dividir com os colegas, e se alguém quer jogar algo com ele, ele não aceita. Isso não é assertivo nem não-assertivo.
- O João não consegue dividir com os colegas, mas se alguém quer jogar algo com ele, ele aceita. Isso não é assertivo nem não-assertivo.
- João, ao dividir com os colegas, não aceita que os colegas joguem com ele. Isso não é assertivo nem não-assertivo.
- João, ao dividir com os colegas, aceita que os colegas joguem com ele. Isso não é assertivo nem não-assertivo.



DANDO UM NÃO-POSITIVO

- João, ao dividir com os colegas, não aceita que os colegas joguem com ele. Isso não é assertivo nem não-assertivo.

“O exemplo não é assertivo, não é não-assertivo e não é assertivo. É um exemplo de não-assertividade. Não é assertivo porque não aceita que os colegas joguem com ele. Não é não-assertivo porque não aceita que os colegas joguem com ele. É um exemplo de não-assertividade. Não é assertivo porque não aceita que os colegas joguem com ele. Não é não-assertivo porque não aceita que os colegas joguem com ele. É um exemplo de não-assertividade.”

O NÃO-ASSERTIVO

- Quando não se dá opinião.
- Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
- Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
- Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
- Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
- Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.

EXEMPLO

Exemplo de não-assertividade: João, ao dividir com os colegas, não aceita que os colegas joguem com ele. Isso não é assertivo nem não-assertivo.



PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE : NÃO-POSITIVO E NÃO-ASSERTIVO

Como não-assertivo	Como não-positivo
Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.

COMO DIZER NÃO?

1. NÃO Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	2. NÃO Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	3. NÃO Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.
4. NÃO Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	5. NÃO Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.	6. NÃO Quando se dá opinião de forma não assertiva, ou seja, de forma não assertiva e não-assertiva.

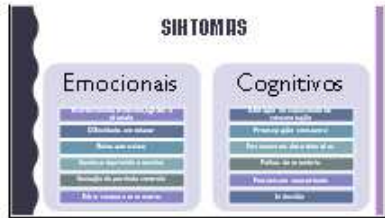
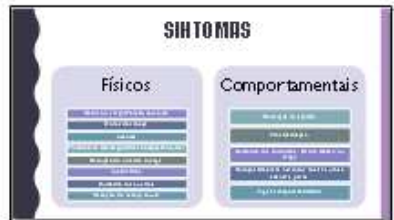


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

Anexo D4

- Apresentação “Como lidar com o stress”
-



EUITAR O STRESSOR

Identificar o stressor	Evitar o stressor	Reduzir o stressor	Evitar o stressor
<ul style="list-style-type: none"> Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o stressor Reduzir o stressor Reduzir o stressor Reduzir o stressor Reduzir o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor

ALTERAR O STRESSOR

Identificar o stressor	Alterar o stressor	Reduzir o stressor	Evitar o stressor
<ul style="list-style-type: none"> Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Alterar o stressor Alterar o stressor Alterar o stressor Alterar o stressor Alterar o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o stressor Reduzir o stressor Reduzir o stressor Reduzir o stressor Reduzir o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor

ADAPTAR-SE AO STRESSOR

Reconhecer o stressor	Modificar o stressor	Adaptar-se ao stressor	Evitar o stressor
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer o stressor Reconhecer o stressor Reconhecer o stressor Reconhecer o stressor Reconhecer o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Modificar o stressor Modificar o stressor Modificar o stressor Modificar o stressor Modificar o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptar-se ao stressor Adaptar-se ao stressor Adaptar-se ao stressor Adaptar-se ao stressor Adaptar-se ao stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor

ACEITAR O STRESSOR

O stressor	Como lidar com o stressor	Evitar o stressor
<ul style="list-style-type: none"> Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor Identificar o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Como lidar com o stressor Como lidar com o stressor Como lidar com o stressor Como lidar com o stressor Como lidar com o stressor 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor Evitar o stressor

MANAGING STRESS

A LONGO PRAZO

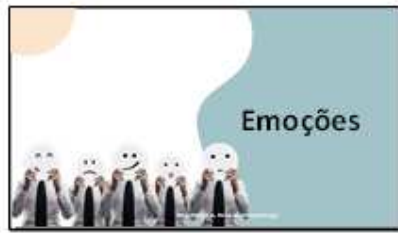
 <p>Identificar o stressor</p>	 <p>Como lidar com o stressor</p>	 <p>Evitar o stressor</p>	 <p>Adaptar-se ao stressor</p>
---	---	--	---

A LONGO PRAZO

 <p>Identificar o stressor</p>	 <p>Como lidar com o stressor</p>	 <p>Evitar o stressor</p>
---	--	--

Anexo D5

- Apresentação “Emoções”
-



O que é uma emoção?

Uma emoção é um estado subjetivo e temporário que surge em resposta a um estímulo interno ou externo.

Ex: "Me sinto feliz!" - "Me sinto triste!"

Funções das Emoções

- Funções Adaptativas
- Funções Sociais
- Funções Motivacionais

Funções Adaptativas

Preparação do organismo para a sobrevivência em situações de emergência.

Ex: "Me sinto medo!" - "Me sinto feliz!"

Exemplo de função adaptativa: "Me sinto feliz" em uma situação de sucesso e "me sinto triste" em uma situação de perda.

Funções Sociais

As emoções influenciam a interação social, o estado de espírito e a expressão facial.

Ex: "Me sinto feliz" em uma situação de sucesso e "me sinto triste" em uma situação de perda.

Funções Sociais	Funções Adaptativas
<ul style="list-style-type: none"> Identificação de estados emocionais Comunicação de estados emocionais Regulação de estados emocionais 	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de estados emocionais Comunicação de estados emocionais Regulação de estados emocionais

Funções Motivacionais

As emoções influenciam a motivação e a direção do comportamento.

Ex: "Me sinto feliz" em uma situação de sucesso e "me sinto triste" em uma situação de perda.

Emoções e Qualidade de Vida

- As emoções influenciam a percepção de bem-estar e a qualidade de vida.
- As emoções influenciam a percepção de felicidade e a satisfação com a vida.
- As emoções influenciam a percepção de saúde e a qualidade de vida.

Exemplo de função adaptativa: "Me sinto feliz" em uma situação de sucesso e "me sinto triste" em uma situação de perda.

Emoções Básicas

As emoções básicas são aquelas que são comuns a todos os seres humanos e que são influenciadas por fatores biológicos e psicológicos.

Ex: "Me sinto feliz", "Me sinto triste", "Me sinto medo", "Me sinto raiva", "Me sinto surpresa".

Expressões faciais

- São padrões com os quais
- São universais e são reconhecidos por pessoas de diferentes culturas e idades
- São universais e são reconhecidos por pessoas de diferentes culturas e idades



As expressões faciais das emoções

ALEGRIA Sorriso, olhos estreitados, boca aberta	RAIVA Sobrancelhas franzidas, olhos estreitados, boca aberta	TRISTEZA Sobrancelhas arqueadas, olhos estreitados, boca caída
PREOCUPAÇÃO Sobrancelhas arqueadas, olhos estreitados, boca caída	MEDO Sobrancelhas arqueadas, olhos abertos, boca aberta	NOSSO Sobrancelhas arqueadas, olhos abertos, boca aberta

PsynLive

Exercício: Identificar Expressões faciais



1. Identificar a expressão facial

2. Identificar a expressão facial

3. Identificar a expressão facial

Inteligência Emocional

• Inteligência emocional é a capacidade de reconhecer, entender e gerenciar as próprias emoções e as das outras pessoas.



Regulação emocional

- É a capacidade de controlar as próprias emoções e as das outras pessoas.
- É a capacidade de controlar as próprias emoções e as das outras pessoas.
- É a capacidade de controlar as próprias emoções e as das outras pessoas.

Estratégias de regulação emocional

Tristeza	• Focar em coisas positivas • Conversar com alguém de confiança
Raiva	• Focar em coisas positivas • Conversar com alguém de confiança
Medo	• Focar em coisas positivas • Conversar com alguém de confiança
Alegria	• Focar em coisas positivas • Conversar com alguém de confiança



Cérebro, OLHA!!

AGORA NÃO! Não vê que tô ocupado?!



Ruído

Referências Bibliográficas

Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable variable conceptual framework and statistical conceptual framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(11), 1173-1182.

Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable variable conceptual framework and statistical conceptual framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(11), 1173-1182.

Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable variable conceptual framework and statistical conceptual framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(11), 1173-1182.

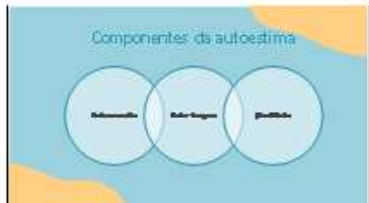
Anexo D6

- Apresentação “Autoestima”
-



A autoestima é um sentimento que nos dá a ideia de quem somos e o valor que damos a nós mesmos. Ela é formada por aquilo que pensamos e sentimos sobre nós mesmos.

A autoestima é um sentimento que nos dá a ideia de quem somos e o valor que damos a nós mesmos. Ela é formada por aquilo que pensamos e sentimos sobre nós mesmos.



Autoconceito - É a imagem que temos de nós mesmos, formada por aquilo que pensamos e sentimos sobre nós mesmos.

Auto-valor - É o valor que damos a nós mesmos, formado por aquilo que pensamos e sentimos sobre nós mesmos.

Auto-estima - É o sentimento que nos dá a ideia de quem somos e o valor que damos a nós mesmos.

Níveis de Autoestima

Autoestima alta - É o sentimento que nos dá a ideia de quem somos e o valor que damos a nós mesmos.

Autoestima média - É o sentimento que nos dá a ideia de quem somos e o valor que damos a nós mesmos.

Autoestima baixa - É o sentimento que nos dá a ideia de quem somos e o valor que damos a nós mesmos.

Causas para a baixa Autoestima

As causas para a baixa autoestima podem ser diversas, incluindo fatores genéticos, ambientais e psicológicos. Algumas das principais causas são:

- Experiências traumáticas
- Críticas excessivas
- Comparação constante com os outros
- Percepções negativas de si mesmo
- Problemas de saúde mental

Sinais de uma baixa autoestima

- Percepção negativa de si mesmo
- Comparação constante com os outros
- Problemas de saúde mental
- Percepções negativas de si mesmo
- Problemas de saúde mental
- Percepções negativas de si mesmo
- Problemas de saúde mental
- Percepções negativas de si mesmo
- Problemas de saúde mental
- Percepções negativas de si mesmo



Fatores para uma autoestima equilibrada

Autoconceito e Autovalor - São os pilares da autoestima. Um bom autoconceito e um bom autovalor são essenciais para uma autoestima equilibrada.

Autoconceito e Autovalor - São os pilares da autoestima. Um bom autoconceito e um bom autovalor são essenciais para uma autoestima equilibrada.

Fatores para uma autoestima equilibrada

Autoconceito e Autovalor - São os pilares da autoestima. Um bom autoconceito e um bom autovalor são essenciais para uma autoestima equilibrada.

Autoconceito e Autovalor - São os pilares da autoestima. Um bom autoconceito e um bom autovalor são essenciais para uma autoestima equilibrada.



<p>Autorreflexiva baixa</p>  <p>Segue a seguir: "Não sei qual me ajudar", "Né, para com isso!"</p>	<p>Autorreflexiva elevada</p>  <p>Se eu não posso ajudar "Obrigado, que bom saber que não precisa de mim!"</p>	<p>Autorreflexiva baixa</p>  <p>Quero pensar mais pouco, preciso de uma atividade.</p>	<p>Autorreflexiva elevada</p>  <p>Quero ficar bem mais tempo fazendo coisas que me ajudam a ser quem sou.</p>
--	--	--	---

Exercício

1. **Objetivo do exercício**


2. **Procedimento**

3. **Observações**

Anexo D7

- Apresentação “Depressão”
-






Spesifikasi Kemampuan

1. Menentukan kemampuan yang harus dikuasai siswa untuk mencapai kompetensi yang ditetapkan.

2. Menentukan kemampuan yang harus dikuasai siswa untuk mencapai kompetensi yang ditetapkan.

3. Menentukan kemampuan yang harus dikuasai siswa untuk mencapai kompetensi yang ditetapkan.




Penilaian Pengetahuan

1. Penilaian Pengetahuan adalah penilaian yang mengukur kemampuan siswa dalam memahami, menganalisis, dan menerapkan konsep-konsep yang dipelajari.

2. Penilaian Pengetahuan dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti tes tulis, tes lisan, dan tes praktik.

3. Penilaian Pengetahuan harus dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan.




Metode Pembelajaran

1. Metode Pembelajaran adalah cara yang digunakan oleh guru untuk menyampaikan materi pembelajaran kepada siswa.

2. Metode Pembelajaran dapat berupa ceramah, diskusi, tanya-jawab, dan lain-lain.

3. Metode Pembelajaran harus disesuaikan dengan karakteristik siswa dan materi yang diajarkan.



Asesmen

1. Asesmen adalah penilaian yang dilakukan oleh guru untuk mengukur kemampuan siswa dalam memahami, menganalisis, dan menerapkan konsep-konsep yang dipelajari.

2. Asesmen dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti tes tulis, tes lisan, dan tes praktik.

3. Asesmen harus dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan.

Penilaian Keterampilan

1. Penilaian Keterampilan adalah penilaian yang mengukur kemampuan siswa dalam melakukan tugas-tugas yang memerlukan keterampilan tertentu.

2. Penilaian Keterampilan dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti observasi, tes praktik, dan tes proyek.

3. Penilaian Keterampilan harus dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan.

Penilaian Sikap

1. Penilaian Sikap adalah penilaian yang mengukur kemampuan siswa dalam menunjukkan sikap-sikap yang baik dan benar.

2. Penilaian Sikap dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti observasi, tes lisan, dan tes praktik.

3. Penilaian Sikap harus dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan.

Keberagaman Budaya

1. Keberagaman Budaya adalah keberagaman yang ada dalam masyarakat, baik itu keberagaman suku, agama, ras, dan lain-lain.

2. Keberagaman Budaya harus dihormati dan dipertahankan.

3. Keberagaman Budaya dapat menjadi sumber daya yang berharga bagi masyarakat.



Keberagaman Budaya

1. Keberagaman Budaya adalah keberagaman yang ada dalam masyarakat, baik itu keberagaman suku, agama, ras, dan lain-lain.

2. Keberagaman Budaya harus dihormati dan dipertahankan.

3. Keberagaman Budaya dapat menjadi sumber daya yang berharga bagi masyarakat.

Keberagaman Budaya

1. Keberagaman Budaya adalah keberagaman yang ada dalam masyarakat, baik itu keberagaman suku, agama, ras, dan lain-lain.

2. Keberagaman Budaya harus dihormati dan dipertahankan.

3. Keberagaman Budaya dapat menjadi sumber daya yang berharga bagi masyarakat.

Anexo D8

- Apresentação “Higiene do Sono”
-



O sono

É um estado passivo, de baixo nível de consciência e funcionamento fisiológico, caracterizado por redução da capacidade de resposta.

É um comportamento, que depende da capacidade do sistema (que é regulado pelo sistema de regulação do sono) de responder a estímulos.

Fonte: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheet-detail/sleep>

Por que precisamos de dormir?

1.1. Para a sobrevivência

- O sono é essencial para a sobrevivência de todos os animais, incluindo os humanos.

1.2. Para a saúde física e mental

- O sono é essencial para a manutenção da saúde física e mental.

1.3. Para a aprendizagem

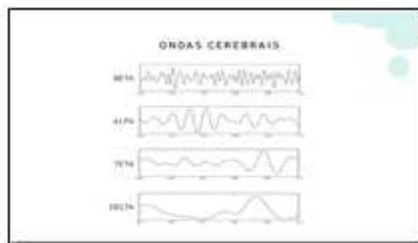
- O sono é essencial para a aprendizagem e a consolidação da memória.

Ondas Cerebrais

As ondas cerebrais são as variações de potencial elétrico que ocorrem no cérebro e são medidas através de um eletroencefalograma (EEG).

Elas são classificadas em diferentes tipos, dependendo da sua frequência e amplitude.

- **Delta (δ):** Ondas de baixa frequência e alta amplitude, típicas do sono profundo.
- **Theta (θ):** Ondas de baixa frequência e amplitude moderada, típicas do sono leve.
- **Alfa (α):** Ondas de frequência moderada e amplitude moderada, típicas do estado de relaxamento.
- **Beta (β):** Ondas de alta frequência e amplitude baixa, típicas do estado de alerta.



Tipos de Sono

Sono REM

- É o estágio final do sono, caracterizado por movimentos rápidos dos olhos e ausência de resposta muscular.

Sono Não-REM

- É dividido em três estágios: sono leve, sono moderado e sono profundo.

Fases de Sono

Fonte: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheet-detail/sleep>

Tipo de Sono	Características	Importância	Alterações
Sono REM	Caracterizado por movimentos rápidos dos olhos e ausência de resposta muscular.	Essencial para a consolidação da memória e a aprendizagem.	Alterações podem estar associadas a doenças como a depressão e a doença de Alzheimer.
Sono Não-REM	Dividido em três estágios: sono leve, sono moderado e sono profundo.	Essencial para a recuperação física e mental.	Alterações podem estar associadas a doenças como a hipertensão e a diabetes.

Distúrbios do sono

- Insônia
- Apnéia do sono (SAPO)
- Síndrome das pernas inquietas (SPI)
- Narcolepsia
- Síndrome do sono excessivo (SE)

Higiene do sono: o que é?

A higiene do sono refere-se a um conjunto de práticas e hábitos adotados, relacionados para melhorar a qualidade do sono e reduzir o risco de problemas de saúde relacionados.



Práticas de Higiene do Sono

- 1. Estabelecer rotina:**
 - Criar um horário regular para ir para dormir.
 - Evitar usar eletrônicos por pelo menos 30 min.
 - Evitar cafeína, álcool, nicotina e refeições pesadas antes de dormir.
 - Evitar cochilar durante o dia, especialmente depois das 15h.
- 2. Preparar o ambiente:**
 - Manter o quarto escuro, silencioso e fresco.
 - Usar travesseiros e colchões adequados.
 - Evitar ruídos e luzes excessivas.
 - Evitar usar o celular antes de dormir.
 - Evitar fumar e beber álcool antes de dormir.

Práticas de Higiene do Sono

- 3. Alimentação adequada:**
 - Consumir alimentos saudáveis e evitar refeições pesadas antes de dormir.
 - Evitar alimentos ricos em cafeína e açúcar.
 - Evitar refeições muito tarde da noite.
- 4. Atividade física:**
 - Exercícios regulares ajudam a melhorar a qualidade do sono.
 - Evitar exercícios intensos perto da hora de dormir.
- 5. Gerenciamento do estresse:**
 - Técnicas de relaxamento, como meditação e respiração profunda, podem ajudar a melhorar a qualidade do sono.
 - Evitar preocupações antes de dormir.



Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Guia de Higiene do Sono*. Brasília: Ministério da Saúde.

Pratt, L. (2019). *Como Melhorar a Qualidade do Sono*. São Paulo: Editora Abril.

Wahl, J. (2018). *Práticas de Higiene do Sono para Melhorar a Qualidade do Sono*. São Paulo: Editora Abril.

Wahl, J. (2018). *Práticas de Higiene do Sono para Melhorar a Qualidade do Sono*. São Paulo: Editora Abril.

Anexo E

- Caso Clínico M.L.
-

Anexo E1

- Relaxamento imagético
-

Relaxamento imagético: Campo de Margaridas

Comece por relaxar todo o seu corpo. Procure ficar bem à vontade, soltando a respiração livremente. De seguida, visualize uma linda estrada. Relaxe. Deixe que o seu pensamento esteja impregnado de paz e harmonia. Imagine-se caminhando por essa estrada, a qual vai dar a um enorme e florido campo, repleto de margaridas. Atentamente visualize toda a área e veja cada detalhe das pétalas, do caule, das folhas e das raízes. Observe os tons de cores existentes, o seu formato, o movimento e o som do vento. Relaxe. Veja agora o que essa paisagem lhe transmite, o tipo de sentimento, de energia, as lembranças que essa visão lhe traz. Relaxe.

Deixe que todas as associações de ideias e lembranças, surjam tranquilamente. Solte a sua imaginação e permita-se estar em processo de expansão da criatividade. Veja-se passeando entre as margaridas e ao mesmo tempo, observe o vento. Sinta a harmonia e relaxe. Procura equilibra-se intimamente. Observe que também a terra exerce esse mesmo movimento, ao permitir o crescimento das margaridas.

Visualize o entrelaçar da energia entre a terra e os pés das margaridas, a força e o vigor que vêm da terra, o fresco que vem do vento. Relaxe. Sinto o calor fortalecedor que advém dos raios solares. Perceba o que essa reflexão provoca em si, focalize o ambiente em volta de si, observe atentamente o tipo de energia à sua volta, desenvolvida nas relações interpessoais. Relaxe. Aproveite este momento para libertar todas as tensões e armazenar as energias revigoradoras. Relaxe. Agora procure visualizar uma luz amarela e brilhante, fortalecendo os seus pensamentos, colaborando para que você retorne do relaxamento bem animado. Aos poucos, prepare-se para retornar do relaxamento. Comece a sentir o seu corpo. Relaxe. Procure compreender o que percebeu durante a experiência. Relate a sua experiência.

Anexo E2

- Folha de registo de pensamentos automáticos
-

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?)

Anexo E3

- Ciclo da Ansiedade
-



Anexo E4

- Folha de registo da Ansiedade
-
-

Registo de Análise da Ansiedade

Orientações: Por favor escreva quaisquer situações que desencadearam uma resposta de ansiedade. Descreva resumidamente a situação na segunda coluna e na terceira avalie a intensidade (0-100) e duração da ansiedade. Na quarta coluna, escreva os sintomas ansiosos mais significativos experienciados e na quinta coluna registe os pensamentos que lhe surgiram no imediato da situação. Na última coluna, descreva a sua resposta face ao acontecimento.

Data/ Hora	Situação	Intensidade da ansiedade (0-100) e duração	Sintomas ansiosos	Pensamentos imediatos ao sentir ansiedade	Resposta imediatamente ao sentir ansiedade
1.					
2.					
3.					
4.					

Adaptada de (Clark, D. & Beck, A. 2012)

Anexo E5

- Exercício: Ser Mindful
-

Ser mindful – O meu plano pessoal mindful

Vá para o seu local seguro e sinta-se confortável. Pense na sua vida, no seu corpo, no seu estado psicoemocional e encontre alguns momentos pessoais, onde pode e gostaria de praticar esta atenção plena. Pense no que lhe está a fazer mais falta!

Quais os momentos pelos quais tenho passado a correr sem prestar atenção?

Quais as pessoas a que posso dedicar mais a minha atenção plena?

Que aspetos da minha saúde, corpo e mente preciso de conhecer melhor?

Quais são os aspetos de mim próprio(a) e da minha vida, pelos quais estou mais grato(a)?

Quem preciso de perdoar mais, na minha vida ou em mim próprio(a)?

O que preciso de aceitar mais em mim e na minha vida?

Saber que se me focar nas preocupações geram-se mais preocupações, que exercícios posso adotar para mim para estar mais tranquilo(a), focado (a) no aqui e agora?

SER MINDFUL COM AS EMOÇÕES DIFÍCEIS:

“Marque 20 a 30 minutos. Sente-se confortavelmente numa cadeira ou deite-se.

Feche os olhos e concentre-se na respiração. Preste atenção à forma como sente os membros e o plexo solar (abaixo das costelas): esteja atento às zonas de desconforto e concentre a respiração nelas. Continue a respirar regularmente e deixe a mente estabilizar-se.

Permita que um pensamento difícil, tal como o de ressentimento ou perda, ressurja. Permita que o pensamento exista por um momento, a seguir solte-o, imaginando-o como uma borboleta que esvoaça para longe. Reconduza a sua atenção plena para a respiração. Inspire e expire profundamente.

Se o tal pensamento difícil continua na sua mente, volte a ele e repita o passo de soltá-lo como uma borboleta. Continue até o pensamento voar livremente.

Volte a concentrar a atenção no centro da testa e respire até o cronómetro se desligar.”

Anexo E6

- Exercício: pontos fortes/pontos fracos
-

Pontos Fortes	Pontos Fracos

Anexo E7

- Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada segundo DSM-5
-

Crítérios 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 (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) de 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 de sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).
- D. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes de 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, hipertiroidismo).
- 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 F

- Outras atividades
-

Anexo F1

- Apresentação “Mindfulness em pacientes perante isolamento”
-



Isola mento

Isola mento é a separação física, social ou digital de indivíduos de outros indivíduos para prevenir a propagação de doenças infecciosas ou para evitar a transmissão de informações sensíveis. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Isola mento é uma estratégia importante para controlar a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas que são altamente contagiosas. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Tipos de isola mento

Isola mento é a separação física, social ou digital de indivíduos de outros indivíduos para prevenir a propagação de doenças infecciosas ou para evitar a transmissão de informações sensíveis. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Isola mento é uma estratégia importante para controlar a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas que são altamente contagiosas. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Transmissão

Transmissão é a propagação de uma doença infecciosa de uma pessoa para outra. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o contato direto com uma pessoa infectada, o contato com superfícies contaminadas e a transmissão por meio de insetos ou outros animais.

Transmissão é a propagação de uma doença infecciosa de uma pessoa para outra. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o contato direto com uma pessoa infectada, o contato com superfícies contaminadas e a transmissão por meio de insetos ou outros animais.

Situa ção Atual

Situa ção Atual

COVID-19

Situa ção Atual

Situa ção Atual

COVID-19

A fim de controlar a disseminação de COVID-19, muitos países adotaram medidas de distanciamento social e isolamento de pacientes. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Isola mento é uma estratégia importante para controlar a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas que são altamente contagiosas. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Impacto Psicológico

Impacto Psicológico

Isola mento é uma estratégia importante para controlar a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas que são altamente contagiosas. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Isola mento é uma estratégia importante para controlar a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas que são altamente contagiosas. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Impacto Psicológico

Impacto Psicológico

Isola mento é uma estratégia importante para controlar a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas que são altamente contagiosas. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Isola mento é uma estratégia importante para controlar a propagação de doenças infecciosas, especialmente aquelas que são altamente contagiosas. Isso pode ser feito de várias maneiras, incluindo o uso de máscaras, luvas, isolamento de pacientes em hospitais e o uso de aplicativos de mensagens para evitar reuniões presenciais.

Impacto Psicológico

Condições de trabalho que exigem altos níveis de desempenho cognitivo, a presença de fatores de estresse e a falta de recursos pessoais, sociais e organizacionais podem levar a impactos psicológicos negativos em indivíduos.



Mindfulness

Mindfulness é considerada como uma técnica específica de atenção plena para desviar o foco da percepção para o momento presente, sem avaliar os fatos, julgá-los, preocupar-se, imaginar ou planejar, e se refere ao estado de consciência.



Baron, R. (2008)

Mindfulness sobre o Impacto psicológico

A pesquisa sobre o impacto psicológico da mindfulness em indivíduos com problemas de saúde mental, como a depressão, a ansiedade e o estresse, tem sido extensa e geralmente positiva. Um exemplo é o estudo de Kabat-Zinn (2003), que demonstrou que a prática de mindfulness pode ajudar a reduzir os sintomas de depressão e ansiedade em indivíduos com problemas de saúde mental.

Outro exemplo é o estudo de Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) desenvolvido por Jon Kabat-Zinn (1982), que demonstrou que a prática de mindfulness pode ajudar a reduzir o estresse e a melhorar a qualidade de vida em indivíduos com problemas de saúde mental.

Pacientes em sofrimento e Mindfulness

Condições de trabalho que exigem altos níveis de desempenho cognitivo, a presença de fatores de estresse e a falta de recursos pessoais, sociais e organizacionais podem levar a impactos psicológicos negativos em indivíduos.



A prática de mindfulness pode ajudar a reduzir o estresse e a melhorar a qualidade de vida em indivíduos com problemas de saúde mental.

Mindfulness: Cérebro e Função Imunológica

Condições de trabalho que exigem altos níveis de desempenho cognitivo, a presença de fatores de estresse e a falta de recursos pessoais, sociais e organizacionais podem levar a impactos psicológicos negativos em indivíduos.

A prática de mindfulness pode ajudar a reduzir o estresse e a melhorar a qualidade de vida em indivíduos com problemas de saúde mental.



Referências bibliográficas

Baron, R. (2008). Mindfulness: A new way of thinking. *Harvard Business Review*, 86(10), 44-52.

Kabat-Zinn, J. (1982). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Mindfulness to Heal Your Body, Mind, and Emotions*. New York: Bantam Books.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 285-298.

Kabat-Zinn, J. (2005). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 285-298.

Kabat-Zinn, J. (2006). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 285-298.

Referências bibliográficas

Baron, R. (2008). Mindfulness: A new way of thinking. *Harvard Business Review*, 86(10), 44-52.

Kabat-Zinn, J. (1982). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Mindfulness to Heal Your Body, Mind, and Emotions*. New York: Bantam Books.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 285-298.

Kabat-Zinn, J. (2005). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 285-298.

Kabat-Zinn, J. (2006). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 285-298.

Anexo F2

- Apresentação “Sono e Problemas cardíacos”
-



O sono afeta a cognição

Apesar de habitual, sleep deprivation é uma condição que não deve ser ignorada, pois que não dorme o suficiente prejudica muito mais do que apenas causar cansaço, independentemente da idade, do sexo, de serem fumadoras ou não, ou de serem fisicamente saudáveis.

Condições de sono que podem prejudicar a saúde do coração?

Apesar de ser comum, a privação de sono pode ser prejudicial à saúde do coração. A privação de sono pode aumentar o risco de doenças cardíacas, incluindo doenças coronárias, hipertensão arterial, diabetes e obesidade. A privação de sono também pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e de morte súbita cardíaca.

Condições de saúde associadas à falta de sono?

- Hipertensão arterial:** A privação de sono pode aumentar o risco de hipertensão arterial, o que pode levar a doenças cardíacas e AVC.
- Diabetes tipo 2:** A privação de sono pode aumentar o risco de diabetes tipo 2, o que pode levar a doenças cardíacas e AVC.
- Obesidade:** A privação de sono pode aumentar o risco de obesidade, o que pode levar a doenças cardíacas e AVC.

Estudos

Estudo realizado por pesquisadores da Universidade de Harvard, em 2010, com 10.000 participantes. O estudo mostrou que a privação de sono está associada a um aumento do risco de doenças cardíacas e AVC.

Conclusão

Condições de sono que podem prejudicar a saúde do coração são a privação de sono, a apnéia do sono, a síndrome das pernas inquietas e a síndrome do ritmo circadiano alterado.

Referências Bibliográficas

- 1. Associação Portuguesa de Neurologia. (2018). Estatísticas de doenças neurológicas em Portugal. Lisboa: Associação Portuguesa de Neurologia.
- 2. American Heart Association. (2018). Sleep and heart health. Disponível em: <https://www.heart.org/health-topics/sleep>
- 3. Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Sleep and health. Disponível em: <https://www.cdc.gov/sleep/>
- 4. National Sleep Foundation. (2018). Sleep and health. Disponível em: <https://www.sleepfoundation.org/>
- 5. World Health Organization. (2018). Sleep and health. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sleep>

Anexo F3

- Apresentação “Ser Quântico”
-

O Ser Quântico

baseado no livro "Como Criar um Novo Eu"



2020 / Joana Dias (estagiária - psicologia)

Para mudar a sua vida, mude as suas crenças acerca da natureza da realidade

- Até se libertar de modo como vê a sua realidade atual, qualquer mudança na sua vida será sempre acidental ou transitória.
- Reformular ideias sobre as causas das coisas para obter resultados duradouros e desejados.
- Permitir-se a uma abertura a uma nova interpretação do que é real e verdadeiro.

Olharemos para a "Introdução à Natureza da Realidade" para a forma como algumas ideias sobre ela evoluíram até à perspetiva atual.
Explicando como é possível os seus pensamentos moldarem o seu destino.

Só matéria e nenhuma mente? Só mente e nenhuma matéria?

- A relação entre o mundo exterior físico do que é observável e o mundo interior mental do pensamento sempre representou um enorme desafio para os cientistas e filósofos.
- Para muitos de nós, ainda hoje, a mente parece ter poucos ou nenhuns efeitos mensuráveis sobre o mundo da matéria.
- Durante grande parte daquilo que os historiadores consideram a era moderna, a humanidade acreditou que a natureza do universo era organizada, logo, previsível e explicável.

René Descartes

Matemático e Filósofo do Séc. XVII.

Desenvolveu vários conceitos que ainda hoje são relevantes para a matemática e outras áreas.

Foi defensor de um modelo mecanicista do universo, visão que o Universo apenas se regia por leis previsíveis.

Em Relação à **MENTE HUMANA** : não conseguiu unificar a sua perspectiva do mundo físico com a que tinha do mundo da mente, afirmando assim que a mente não estava sujeita às leis do mundo físico objetivo, ficando de fora das fronteiras da Investigação Científica.

O Estudo da matéria era da jurisdição da ciência (só matéria e nenhuma mente), ao passo que a mente era um instrumento de Deus, pelo que o seu estudo cabia à religião (só mente e nenhuma matéria).

Descartes Inaugurou um sistema de crenças que impôs uma dualidade entre ideias de mente e matéria, separando-as e durante séculos essa perspectiva foi aceite acerca da natureza da realidade.

Isaac Newton

As convicções de Descartes foram perpetuadas com a ajuda das experiências e teorias de Isaac Newton.

Cientista e matemático inglês.

Reforçou o conceito de universo enquanto máquina.

Produziu um conjunto de leis que afirmavam que os seres humanos podiam, determinar, calcular, prever com precisão as formas ordenadas que regiam o funcionamento do mundo físico.

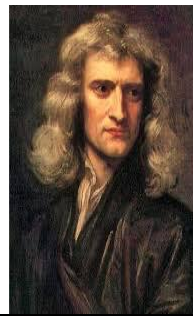
Segundo o modelo físico de Newton, todas as coisas eram consideradas sólidas.

Descartes e Newton



As obras de Descartes e Newton vieram implementar a mentalidade :

- Que a Realidade funcionava segundo princípios mecanicistas e que a humanidade pouca influência tinha sobre o desfecho dos acontecimentos.
- Dada esta perspectiva, não era de estranhar que os seres humanos tivessem dificuldade em aceitar a ideia de que as suas ações e pensamentos eram importantes.



Albert Einstein

Cerca de 200 anos depois de Newton, Einstein apresenta sua célebre equação $E=mc^2$, demonstrando que a energia e a matéria estão intrinsecamente ligadas, que formam um todo.

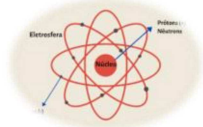
Contradizendo as teoria de Newton e Descartes que falhavam no nível mais básico: o subatômico, marcou o início de uma nova perspectiva acerca do funcionamento do Universo.

SUBATÓMICO diz respeito às partes – eletrões, prótons, neutrões .. Que compõem os átomos que são os blocos de construção da matéria física.

Os componentes basilares do nosso mundo dito físico são as ondas (energia) e as partículas (matéria física) dependendo da mente do seu observador.

Assim nasce a **Física Quântica** que efetua a compreensão do funcionamento do mundo através de um olhar mais íntimo dos seus componentes.

- Antes do aparecimento da física quântica, as pessoas achavam que um átomo era composto por um núcleo relativamente sólido com objetos mais pequenos localizados no seu interior.
- Os átomos são espaço vazio, são energia.
- **OU SEJA**, tudo o que é físico na sua vida não é matéria sólida, pelo contrário, é feito de campos de energia ou padrões de frequência de informação.



”Colapso de função de onda” ou “Efeito do Observador”

- As experiências quânticas demonstraram que os elétrões existem simultaneamente numa gama infinita de possibilidades ou probabilidades num campo invisível de energia. Mas só quando o observador concentra atenção em qualquer localização de qualquer átomo, é que este aparece.
- Os físicos quânticos chamam a este fenómeno o “colapso da função de onda” ou o “efeito do observador”
- Ao nível subatômico, a energia responde à nossa atenção plena e torna-se matéria.

Pensamentos + Sentimentos

- Comunicamos com o campo quântico essencialmente através dos nossos pensamentos e sentimentos.
- **Os pensamentos são eles próprios energia**, enviam sinais para o campo quântico.
- Através do **HearthMath Research Center**, o biólogo celular Dr. Glen Rein estudou a capacidade dos curandeiros para afetarem os sistemas biológicos.
- **HearthMath Center** na Califórnia, foca-se em pesquisas extraordinárias acerca da psicologia das emoções, a interação entre o coração e o cérebro e muitas outras.
- No essencial, diversos pesquisadores do centro detetaram uma ligação específica entre estados emocionais e o ritmo cardíaco, verificando que emoções positivas produzem padrões organizados e coerentes, aquilo a que chamaram **coerência cardíaca**.

Experiência do Dr. Glen Rein



No seu estudo, Dr. Glen Rein, pediu aos curandeiros que segurassem provetas de ADN na mão, uma vez que o ADN é mais estável que outras substâncias.

Dividiu os participantes em três grupos

1º Grupo

- O primeiro grupo de dez indivíduos, receberam formação para utilizarem as técnicas ensinadas no HeartMath destinadas a criar coerência centrada no coração. Aplicaram essas técnicas para produzirem sentimentos fortes e elevados, como o amor e seguraram durante 2 minutos as ampolas com amostras de ADN em suspensão de água desionizada.

Quando essas amostras foram analisadas, não existiam quaisquer alterações.

2º Grupo

- O segundo grupo de participantes, também com formação, fez a mesma coisa, mas em vez de criarem só emoções positivas (um sentimento) de amor e estima, concentraram-se num intenção (pensamento) em simultâneo para enrolar ou desenrolar as fitas de ADN.

Este grupo produziu alterações significativas em termos estatísticos na forma das amostras de ADN.

3º Grupo

- Um terceiro grupo de participantes, igualmente com formação, concentrou-se na intenção de alterar o ADN, mas recebeu instruções para não entrar em qualquer estado emocional positivo. Utilizando apenas o pensamento (intenção) para afetar a matéria.

Como resultado não existiu nenhuma alteração nas amostras de ADN.

Só quando se concentraram em alinhar emoções elevadas e objetivos claros, é que os participantes foram capazes de produzir o efeito desejado.



O que a experiência do HearthMath demonstra é que o campo quântico não responde só aos nossos desejos ou pedidos emocionais, não responde só aos nossos objetivos ou pensamentos. Responde apenas quando ambos estão alinhados ou são coerentes, estando a emitir o mesmo sinal.

Pensamentos e sentimentos : transmitir o nosso sinal eletromagnético para o campo quântico

- Pensamentos como carga elétrica do campo quântico e sentimentos como carga magnética.



Todas as experiências potenciais existem no campo quântico como um mar infinito de possibilidades. Quando alteramos a nossa assinatura eletromagnética para fazer corresponder a uma existente no campo, o nosso corpo vai ser atraído para esse acontecimento, entramos numa nova linha temporal, ou o acontecimento virá ao nosso encontro na nossa nova realidade.

Se quisermos mudar algum aspeto da nossa realidade, temos de encontrar novas formas de pensar, sentir e agir.

A mudança exige coerência : alinhar os pensamentos com os sentimentos

- As ondas de um determinado sinal são alinhadas ou desalinhadas, coerentes ou incoerentes. O mesmo acontece com os nossos pensamentos e sentimentos.
- Quantas vezes tentou criar alguma coisa, formando na sua mente a ideia de que o resultado final seria possível, mas com os sentimentos contrário no seu coração?

Como vimos no exemplo do estudo do HearthMath, a criação quântica só funciona quando os pensamentos e sentimentos estão alinhados.



Desenlaces Quânticos

- Para alterarmos a nossa realidade, os desenlaces que atraímos têm de nos surpreender na forma como aparecem.
- Não devemos nunca conseguir prever a forma como as nossas novas criações se irão manifestar, elas têm de nos apanhar desprevenidos.
- Tenha uma intenção clara daquilo que quer, mas deixe os pormenores do "como" para o imprevisível campo quântico.

Criação Quântica: Agradecer antes de se conhecer o desenlace

- Geralmente, sentimo-nos gratos por alguma coisa que já aconteceu ou que faz parte das nossas vidas.
- Trata-se de confiar na realidade exterior para nos sentir-mos diferentes interiormente: Modelo de Newton.
- O modelo quântico desafia-nos a mudar algo dentro de nós (na mente, no corpo, nos pensamentos e sentimentos) **ANTES** de podermos experimentar as provas concretas da mudança através dos nossos sentidos.

Recebemos de volta o que enviamos

- Se tivermos experimentado sofrimento e o retivermos dentro da nossa mente e coração, exprimindo-o através dos nossos pensamentos e sentimentos, iremos transmitir essa assinatura energética para o campo.
- Os nossos pensamentos enviam o sinal (estou a sofrer), e as nossas emoções (estou a sofrer) atraem para a nossa vida um acontecimento que corresponda a essa frequência emocional, ou seja, uma boa razão para sofrer.
- A missão quântica, é de passarmos de forma voluntária para o estado de consciência que nos permita ligar-nos a uma inteligência universal estabelecendo contacto direto com o campo de possibilidades e enviar um sinal claro de que esperamos verdadeiramente mudar e ver os resultados que desejamos produzirem-se na nossa vida.

Mudar de mente, mudar de vida

Sempre tentou mudar e não conseguiu, talvez o problema fosse o seu pensamento limitado.

SE...

Provavelmente acreditava que as circunstâncias exteriores é que precisavam de mudar: "Se não tivesse tantos compromissos, conseguia perder peso e seria feliz."

Então...

Já todo nós fizemos afirmações do género causa e efeito.

Mudar de mente, mudar de vida

Quando superamos os nossos sentidos, quando compreendemos que não estamos presos pelos grilhões do passado – quando vivemos uma vida maior do que o nosso corpo, o nosso ambiente e o nosso tempo, - tudo é possível.

A inteligência universal que anima a existência de todas as coisas é capaz de nos surpreender e de nos dar muitas alegrias.

Em suma, *quando mudamos a nossa mentalidade, mudamos a nossa vida.*