



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Tatiana Sofia Morais Silva

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Gandra, **setembro de 2023**



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Tatiana Sofia Morais Silva

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre** em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professora Doutora Manuela Leite

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificada, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, 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 autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

AGRADEÇO...

...aos meus pais e irmãos, por tornarem possível este percurso. Por todos os sacrifícios realizados de forma a potenciar a minha instrução, pela inspiração e sabedoria que me deram, bem como forças para ir mais além.

...à [REDACTED], minha amiga e companheira de todo o percurso universitário, por partilhar comigo as incertezas, as inseguranças, as gargalhadas e a luta constante que delineou este percurso.

...à Prof. Dr.^a [REDACTED], por todo o ensinamento, paciência e dedicação enquanto professora. Por me ajudar a concluir o mestrado com confiança.

...ao Dr. [REDACTED], por todos os momentos de escuta, visão crítica e orientação.

...à Dr.^a [REDACTED], por me ter dado o privilégio de absorver os ensinamentos que transmitiu. Por toda a sua disponibilidade, atenção, sensibilidade, confiança e segurança depositada.

...a toda a equipa dos Cuidados Paliativos pela ajuda, partilha de sabedoria e humanidade.

...a todos os membros da equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste local.

O meu muito obrigada!

“Seja como a fonte que transborda, e não como o tanque, que contém sempre a mesma água” Paulo Coelho

Índice

Introdução.....	1
Abreviaturas	3
I. Caracterização da Instituição	4
I.1 Hospital S. O. - G.....	4
I.2 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	5
I.3 Departamento de Cuidados Paliativos.....	6
I.4 O papel do Psicólogo Clínico e da Saúde na Instituição.....	8
II. Descrição de Atividades desenvolvidas ao longo do Estágio	13
II.1 Reuniões de Serviço	13
II.2 Reuniões de Orientação	13
II.3 Reuniões de Supervisão	14
II.4 Observação Participante	14
II.5 Grupo Terapêutico da Depressão	15
II.6 Grupo Terapêutico do Luto	21
II.7 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	23
II.8 Consulta Psicológica	27
II.9 Estudo de Caso	28
III. Conclusão	48
Bibliografia	51
ANEXOS	66
Anexo I - Cuidados Paliativos.....	68
Anexo II - Consultas.....	80
Anexo III - Grupo Terapêutico da Depressão.....	83
Anexo III.a - Material de Apoio ao Paciente.....	84
Anexo III.b - Material de Apoio ao Terapeuta.....	104
Anexo III.c - Material de Apoio às Sessões.....	138
Anexo IV - Estudo de Caso.....	168

Introdução

O presente Relatório de Estágio enquadra-se no último ano de Mestrado do Curso de Psicologia, especialização em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, no [REDACTED]. É o produto final de um estágio curricular supervisionado pela Professora Doutora [REDACTED] (docente na [REDACTED]) e orientado pelo Dr. [REDACTED] (Psicólogo Clínico no Hospital [REDACTED]).

O estágio curricular teve início no dia 2 de outubro de 2018 prolongando-se até 31 de dezembro de 2019 e decorreu no Hospital S.O. na região Norte, mais concretamente no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e no Serviço de Cuidados Paliativos. O meu horário foi sendo adaptado, de acordo com as atividades que a mesma tinha estabelecido. No primeiro trimestre, de outubro a dezembro de 2018, o horário semanal definido era de segunda a quinta-feira, das 8:30 às 18:30 e sexta-feira das 9:00 às 13:00. No segundo e terceiro trimestres, de janeiro a outubro de 2019, o horário definido era segunda e quarta-feira das 8:30 às 18:30, sexta-feira das 9:00 às 12:30; duas vezes por mês, à quinta-feira das 14:00 às 16:00 e uma vez por mês à terça-feira das 16:00 às 18:00.

Este relatório é um trabalho de descrição e reflexão sobre as principais atividades por mim realizadas nestes meses de estágio curricular. Tem como objetivo dar a conhecer ao leitor o local de estágio, as atividades desenvolvidas e os valores pessoais e profissionais obtidos com toda esta experiência, aprofundando a articulação entre a teoria aprendida ao longo destes últimos 4 anos e a prática recentemente experienciada.

No que concerne à sua estrutura, este relatório é composto por 3 partes: a primeira parte é relativa à caracterização da instituição acolhedora e ao papel do Psicólogo na mesma; a segunda parte é referente à descrição dos serviços em que tive a oportunidade de desenvolver as minhas atividades, como reuniões de orientação e

supervisão, observação participante, avaliações psicológicas e neuropsicológicas, acompanhamentos individuais, grupos terapêuticos (Depressão e Luto), recolha de dados para investigação, formações do departamento e o estudo de caso. A terceira parte deste relatório corresponde a uma conclusão mais intimista acerca deste percurso de estágio.

Abreviaturas

AMTCO – Avaliação Multidisciplinar para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade

APA – Associação Americana de Psicologia

CP – Cuidados Paliativos

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

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

GC – Grupo de Controlo

GI – Grupo de Intervenção

■ – Hospital ■

■ – ■

PMA – Procriação Medicamente Assistida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TD – Terapia da Dignidade

I. Caracterização da Instituição

I.1 Hospital [REDACTED].

O Hospital ([REDACTED]), sediado no Norte do país, tem como objetivo primordial prestar cuidados de saúde de qualidade à população. O [REDACTED] é uma instituição localizada na cidade de G., que entrou em funcionamento em setembro de 1991, sendo oficialmente inaugurado em fevereiro de 1992 (HSOG, 2018).

Compreende as suas instalações em 3 edifícios. No edifício principal localizam-se os Serviços de Internamento, Serviço de Urgência, Farmácia de Ambulatório, Centro de PMA e Consulta Externa I. Num segundo edifício, localizam-se os serviços de Consulta Externa II, Fisiatria, Cuidados Paliativos, Unidade de dor e Psiquiatria e Saúde Mental. O terceiro edifício, mais recente, abrange o Hospital de Dia e a Consulta Externa III. Engloba, praticamente, todos os serviços de prestação de cuidados, auxiliado por áreas de apoio e suporte. Tem um total de 1700 profissionais, dispersos pelos diferentes serviços.

O [REDACTED] presta serviços de assistência prioritária a cinco concelhos. Esta área de influência direta tem uma população de cerca de 350 mil pessoas. No entanto, o Hospital recebe ainda utentes que escolhem ser encaminhados para o seu serviço que pertencem a outros três concelhos. A missão do [REDACTED] é realizar Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação de doentes, de forma a assegurar os melhores cuidados de saúde, com excelência, competência e rigor. Tem ainda como missão, a conjugação de atividades de Ensino e Investigação, bem como a fomentação pré e pós-graduada.

É também declarado como Centro de Excelência Nacional em Doenças Lisossomais de Sobrecarga e Centro de Excelência Europeu de Hipertensão e Risco Cardiovascular.

I.2 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), que inclui o serviço de Psiquiatria e a Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde (UniPsi), foi oficialmente inaugurado em outubro de 2003, apesar de este já se encontrar a funcionar desde o ano de 2000 através de Consulta Externa. Posteriormente, em junho de 2004, a Unidade de Internamento de Psiquiatria viria a abrir portas. Este serviço fornece assistência clínica diferenciada na Prevenção, Avaliação, Diagnóstico e Tratamento das Perturbações Mentais, assim como na Intervenção e no auxílio na Formação específica em psiquiatria e psicologia a alunos de medicina e enfermagem. O Departamento inclui uma equipa técnica de 7 Psiquiatras (um deles diretor do serviço) e 2 Pedopsiquiatras, 4 Psicólogos (um deles coordenador da unidade de Psicologia), 1 Assistente Social, 11 Enfermeiros, 5 Assistentes Operacionais e 1 Administrativo.

O regime de internamento, aberto desde 2004, inclui capacidade para 12 doentes, acompanhado pelo serviço de Consulta Interna e Externa e o Hospital de Dia. Inclui diversas áreas de atuação, nomeadamente, intervenção em crise, Psicogeriatrics, Consulta de Psico-Oncologia, Programa de Prevenção de Recaídas de Doentes Mentais Graves com Apoio Domiciliário Semanal, Consulta de casal, Consulta de Enfermagem, Consulta de Neuropsicologia, Apoio da Psicologia na Consulta da Dor, nos Cuidados Paliativos, no Centro de PMA, na Consulta de Diabetes Infantil e na Consulta Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica. Desta forma, a unidade recebe utentes com todo o tipo de patologia mental, nas várias modalidades de intervenção (Consulta Individual, de Casal e em Grupo) e todas as faixas etárias (desde a população infantil à população sénior).

A Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde desenvolve a sua atividade de apoio à clínica em articulação com os Serviços Assistenciais, tanto de Ambulatório, como de Internamento, assim como dá suporte técnico a toda a área de prestação de cuidados, na promoção e manutenção da saúde, dos utentes que utilizam este serviço e também dos técnicos de saúde (regulamento interno do [REDACTED]).

O horário de funcionamento deste departamento compreende de Segunda a Sexta-Feira, das 8h30 às 18h00, (excetos feriados) contando com 4 Psicólogos.

I.3 Departamento de Cuidados Paliativos

O Departamento de Cuidados Paliativos (CP) fica sediado no edifício de Psiquiatria e Saúde Mental, no piso 1, onde ocorrem consultas todas as segundas e quartas de tarde, num horário compreendido entre as 14:00 e as 18:00. Às quartas de manhã, é feita uma reunião com todos os elementos constituintes desta equipa, de forma a debater e verificar pontos de situação de cada caso. É também a ocasião em que se faz a visita ao Internamento de doentes oncológicos sinalizados, num horário que compreende as 09:00 e as 12:00. Este Departamento é composto por uma equipa multidisciplinar, que engloba duas Médicas, duas Enfermeiras, uma Psicóloga e uma Assistente Social. Um paciente que esteja a ser seguido nos Cuidados Paliativos tem uma vasta equipa que o acompanha, não só a ele, mas também ao seio familiar envolvido. Este serviço dispõe ainda de dois contactos telefónicos, os quais são atendidos pelas enfermeiras, para uma eventual questão ou situação urgente. Este pormenor traz inúmeras vantagens como, por exemplo, evitar que estes pacientes se desloquem à Urgência hospitalar, por situações de fácil resolução. Saliento que este serviço é inovador e feito voluntariamente por estas profissionais de saúde.

Ao longo deste período de estágio, uma das atividades realizadas e com mais tempo despendido, passou por este mesmo serviço. Foi aqui, que decorreu, uma Investigação no âmbito dos Cuidados Paliativos (CP) que resulta de uma parceria [REDACTED]. Esta Investigação foi dirigida a pacientes seguidos em consulta externa CP e teve como objetivo a aplicação de uma intervenção psicoexistencial baseada na Terapia da Dignidade (Chochinov et al., 2005) alinhada com os objetivos da OMS (2022): melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares que enfrentam os problemas associados a doenças terminais, através da prevenção e alívio do sofrimento e, da

identificação e tratamento precoce da dor, sejam estes problemas do foro físico, psicossocial ou espiritual.

A Terapia da Dignidade consiste numa intervenção psicoterapêutica breve e individual, que foi desenvolvida para responder à angústia psicossocial existencial dos doentes seguidos nos Cuidados Paliativos, que os faz lembrar memórias e abordar 14 questões de vida relevantes, através da gravação de áudio, transcrição e posterior edição destas numa carta - o legado -, que será entregue aos seus entes queridos, de forma que estas memórias sejam recordadas após a morte que se aproxima (Julião, 2016).

A investigação teve como objetivo compreender a influência da Terapia da Dignidade (TD) em díada doente oncológico - familiar, ao nível de diversas variáveis como níveis de ansiedade, depressão e sofrimento emocional, através da comparação das mesmas, entre um grupo de controlo (GC) e um grupo de intervenção (GI). Os doentes que aceitaram ingressar na investigação foram submetidos a uma intervenção baseada na TD, em 5 sessões individuais, culminando com a redação de um documento final – o legado. Ambos, doente e familiar, foram submetidos a uma avaliação psicológica na 1ª e 5ª sessão. A investigação desenvolveu-se em parceria com uma colega de estágio que ficou responsável pela avaliação dos familiares. Seguidamente, irei explicar o procedimento de intervenção e recolha de dados.

Numa fase inicial, assistíamos às consultas de CP e sinalizávamos o paciente e, respetivo familiar, se este (paciente) preenche-se os critérios de inclusão (e.g. *insight* sobre a doença, letrado). Posteriormente, no final da consulta de CP, explicava-se em que consistia esta Investigação e se teriam interesse em participar, de forma anónima e voluntária, na mesma. Os que aceitaram, integraram o GI, submetido à Intervenção em si e, os restantes englobavam o GC, o qual não foi submetido a qualquer intervenção tendo apenas preenchido os questionários de avaliação (primeira e última consulta, respetivamente).

Na primeira consulta do GI e do GC, eram aplicados os questionários: QVV-Parte 1 e QVV-Parte 2 (Questionário de Vivências Valorizadas, Hayes, 2004; Hayes et al., 1999), o EADS-21(Escalas de Ansiedade Depressão e Stress, Lovibond & Lovibond, 1996) e a

Escala da Dignidade ao paciente (Chochinov et al., 2008), bem como o respetivo Termo de Consentimento Informado. Os questionários ao familiar correspondem à Escala de Luto Antecipatório (ELA, Theut et al., 1991), ao *Family Hardiness Index* (McCubbin & Thompson, 1986), ao EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1996). Ambos, doente e familiar, assinaram o Termo de Consentimento Informado. O familiar, apenas estaria presente na primeira e última consulta. Na segunda consulta, no GI, foram analisadas então as 14 questões de vida que iriam ser colocadas para a construção da carta, questões essas que fazem parte da Terapia da Dignidade (Chochinov et al., 2005), terapia essa que a ser implementada com o paciente.

Numa terceira consulta, construímos a carta em si, através da colocação das questões e gravação das respostas em áudio para posterior transcrição *ipsis verbis*. Na quarta consulta, o documento resultante da transcrição das respostas, era lido pelo doente de forma que pudesse fazer alguma alteração caso assim o desejasse. Desta forma chegava-se ao documento final que era entregue ao doente. Na quinta e última consulta, eram novamente preenchidos os questionários que foram aplicados na primeira consulta, tanto ao paciente como ao familiar e de ambos os grupos (GI e GC).

A implementação desta intervenção criou a oportunidade de promover a adaptação e aceitação da doença, através do apoio e suporte emocional que teve por base escuta ativa e empática, de fornecer estratégias de *coping* adequadas ao diagnóstico no sentido de responder à angústia psicossocial e existencial do doente, de assistir na resolução de conflitos internos. Na prática a intervenção era só com o doente e, através de uma análise retrospectiva da vida e através de questões pendentes, de perdão, de arrependimentos e orientações futuras, que permitiu ao doente uma maior aceitação da sua condição paliativa e terminal.

I.4 O papel do Psicólogo Clínico e da Saúde na Instituição

O papel do psicólogo clínico e da saúde numa instituição é de grande importância, incluindo uma variedade de funções fundamentais para promover o bem-

estar psicológico e emocional das pessoas envolvidas (Bonin, 2018; Karekla et al., 2021). Estas funções podem variar de acordo com o contexto específico da instituição, mas algumas responsabilidades principais incluem avaliação e diagnóstico, intervenção e tratamento, aconselhamento, prevenção, consultadoria e assessoria, educação e treino, investigação e encaminhamento (Bonin, 2018; Karekla et al., 2021). O trabalho de um Psicólogo pode desenvolver-se em diversos locais, particularmente em hospitais, centros de saúde, clínicas privadas, consultórios particulares, instituições de solidariedade social, residências comunitárias, ensino especial e centros de atendimento especializado (Wahass, 2005).

A Psicologia da Saúde pode ser desenvolvida em diferentes contextos do sistema de saúde, quer através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), quer ao nível dos serviços privados e do sector social (Teixeira, 2004). É a aplicação do conhecimento e de técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde, visando a promoção e manutenção da saúde, bem como, a prevenção da doença através do contributo das diferentes áreas de conhecimento psicológico (Gurung, 2018; Morrison & Bennett, 2009). Neste contexto, trabalham em colaboração com outros profissionais de saúde, integrando equipas multidisciplinares.

As alterações organizacionais do SNS permitem que os Psicólogos exerçam a sua profissão de forma independente, articulando de forma interdisciplinar com o Departamento e os restantes serviços hospitalares, no sentido de promover a prestação de cuidados de saúde mais adequados aos utentes e aos seus familiares (Despacho n.º 11347/2017), tal como se presencia no [REDACTED].

A atuação do Psicólogo em contexto hospitalar tornou-se imprescindível aquando da aceitação, por parte da Medicina, da existência de doenças psicossomáticas (Narmetova et al., 2021; Nisar & Srivastava, 2018). Esta deve ser conceptualizada numa tripla dimensão de intervenção: com o utente, com os familiares e com os profissionais de saúde (Ann-Yi et al., 2018; Chomienne et al., 2011; Grenier et al., 2008; Kasl-Godley et al., 2014). A finalidade primordial da Psicologia da Saúde baseia-se na compreensão de quais as melhores intervenções psicológicas para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, centrando-se nas experiências, comportamentos e interações (Teixeira,

2004). A intervenção dos Psicólogos da Saúde, para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes no serviço de saúde, contribui também para a redução dos internamentos hospitalares, diminuição do uso de medicação e uma utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (Bone et al., 2019; Moulson et al., 2020).

No [REDACTED], atualmente, a unidade UniPsi incorpora 4 psicólogos, incluindo a coordenadora desta unidade, que são responsáveis pelo acompanhamento (de forma individual, em grupo ou casal) em diferentes problemáticas e faixas etárias.

Mais concretamente, a atual coordenadora da unidade realiza acompanhamento de utentes: (1) da área da saúde mental (adultos); (2) que padeçam de doenças neuromusculares (e.g. esclerose lateral amiotrófica); (3) com doença oncológica e (4) integrados nos cuidados paliativos – sendo que neste contexto a atuação pode ser em regime de internamento, hospital de dia ou consulta externa. Adicionalmente presta apoio psicológico a familiares que se encontram com dificuldades no enfrentamento da doença ou de falecimento do seu familiar (pode abranger a população infantil). Encontra-se integrada na avaliação clínica e social domiciliária de doentes com patologia mental grave e possui grupos terapêuticos destinados a utentes em luto e com doença oncológica.

Um segundo psicólogo é responsável por intervir com utentes da área da saúde mental (população adulta) (e.g. depressão, ansiedade, perturbações de personalidade) e, é responsável pela avaliação psicológica para tratamento cirúrgico da obesidade – esta avaliação faz parte de uma avaliação multidisciplinar que é realizada para o tratamento cirúrgico da obesidade denominado por Avaliação Multidisciplinar para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade (AMTCO). Realiza ainda acompanhamento de pessoas com Depressão e Ansiedade em Grupos Terapêuticos.

A terceira psicóloga é responsável: (1) pela área de Neuropsicologia (e.g. avaliação Neuropsicológica, Reabilitação e Estimulação Cognitiva), prestando apoio não só ao utente como aos seus cuidadores; (2) responsável pela intervenção psicológica em 4 populações alvo para tratamento de Procriação Medicamente Assistida (PMA): mulheres solteiras; casais heterossexuais; casais homossexuais do género feminino ou

casais em união de facto há pelo menos 2 anos (e.g. casais que se encontrem em lista de espera para iniciar tratamento por PMA, Fertilização *In-Vitro* ou Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide e, também casais com dificuldades em lidar com as dinâmicas conjugais); (3) pelo apoio psicológico a utentes com doenças raras, nomeadamente, Doenças de Sobrecarga dos Lisossomas e (4) acompanhamento de casos da área da saúde mental (adultos). Além disso, é encarregue por atuar em situações de crise.

Por último, a quarta psicóloga é responsável pela Avaliação, Diagnóstico e Intervenção Infantojuvenil e, realiza também intervenções psicológicas em utentes com Dor Crónica, tanto de forma individual como inseridos num grupo terapêutico.

A intervenção em Hospitais deve agrupar a tripla dimensão de intervenção, isto é, a intervenção com o utente e com os técnicos e, na organização em si (Ann-Yi et al., 2018; Chomienne et al., 2011; Grenier et al., 2008; Kasl-Godley et al., 2014), o que se verifica no papel desempenhado pelos psicólogos do HSOG.

Ao nível das intervenções clínicas, a psicologia da saúde focaliza-se em três grandes áreas: a de promoção e prevenção (como supressão tabágica, de álcool e de drogas; promoção de comportamentos alimentares e de estilos de vida saudáveis e alterações de comportamentos sexuais de risco); a de efeitos do *stress* sobre a saúde (como promoção de estratégias de *coping* adequadas; a de melhoria da utilização do suporte social disponível; o confronto com procedimentos médicos; o controlo de sintomas; a gestão do stress; a adaptação à doença crónica; a adesão a tratamentos médicos; a psicoeducação sobre comunicação do utente com os técnicos de saúde e a intervenção familiar); e, por fim, a prestação de cuidados psicológicos a indivíduos com perturbações mentais (como Depressão; Ansiedade, Demências, etc...) (Wahass, 2005).

A função do Psicólogo da Saúde e do Neuropsicólogo consiste na avaliação, diagnóstico e reabilitação neuropsicológica de perturbações que estejam inerentes à disfunção cerebral iniciando a avaliação pelo estudo da história clínica do paciente (Casaletto & Heaton, 2017; Gurung, 2018; Harvey, 2012). Uma anamnese completa ajuda a restringir as conclusões diagnósticas, sendo que uma proposta de reabilitação neuropsicológica só produz efeito após uma avaliação detalhada do paciente para

identificação das áreas que requerem intervenção. O principal papel da reabilitação cognitiva é o tratamento dos défices cognitivos que resultam de danos ao cérebro, relembrando que a cognição, a emoção e o funcionamento psicossocial estão interligados e, todos eles são alvo da reabilitação (Draaisma et al., 2020; Gopi et al., 2022; Irazoki et al., 2020).

II. Descrição de Atividades desenvolvidas ao longo do Estágio

II.1 Reuniões de Serviço

As reuniões de serviço ocorriam uma vez por semana no DPSM, às segundas-feiras, das 8h30 até ao término dos assuntos a abordar (duração de aproximadamente 1h30). Estas reuniões englobavam uma apresentação formativa de um tema pertinente e atual, realizada por Psiquiatras, Pedopsiquiatras, Enfermeiros, Internos de Psiquiatria, Internos de Medicina Geral e Familiar, Psicólogos e Estagiários de Psicologia. Também abrangiam a discussão de todos casos de Internamento de Psiquiatria do HSOG, da Consulta no Domicílio e de burocracias intrínsecas ao DPSM.

A oportunidade de fazer parte destas reuniões foi essencial, pois permitiram-me ter contacto com conceitos novos da Psiquiatria, bem como, com os já aprendidos ao longo do curso de Psicologia integrados na prática clínica, de estar atualizada no mundo científico relacionado com a Saúde Mental e de obter as várias visões de uma Equipa Multidisciplinar.

II.2 Reuniões de Orientação

O estágio decorreu sob a orientação do Dr. [REDACTED], Psicólogo Clínico da UniPsi do [REDACTED]. As reuniões de orientação ocorriam às segundas-feiras, após o término das Reuniões de Serviço e era realizada em conjunto com outra estagiária.

Estas reuniões tinham como objetivo a discussão dos nossos casos clínicos, ou seja, tanto os meus casos como o da colega de estágio, fazer a preparação das nossas formações, a preparação para as intervenções em grupo, assim como, o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir relativamente ao estágio.

A importância das reuniões prende-se com a oportunidade de *feedback* e acompanhamento ao longo de todo o processo, bem como uma orientação mais afunilada de todo este processo.

II.3 Reuniões de Supervisão

As reuniões de supervisão de estágio ocorriam no [REDACTED], com a presença da Professora Doutora [REDACTED], decorrendo com uma frequência semanal ou quinzenal.

Maioritariamente, estas reuniões baseavam-se em esclarecimento de dúvidas relativas a qualquer pormenor do estágio, bem como, de monitorização dos casos clínicos atribuídos, disponibilização de material, partilha de experiências e a discussão de ideias.

II.4 Observação Participante

No período que concerne o início do estágio (outubro) até dezembro de 2018, a atividade realizada incidiu sobre a observação de consultas de Psicologia dos 4 profissionais do HSOG. No entanto, quando permaneci com o meu Orientador no final desta fase, comecei a realizar consultas sob a sua observação.

As consultas observadas tiveram diferentes áreas de atuação, abrangendo as diversas faixas etárias, entre elas: consultas individuais de Cuidados Paliativos, Consultas de Neuropsicologia, Consulta de Psico-Oncologia, Intervenção em Crise, Consulta da Depressão, Consulta Infante-Juvenil, Consulta da Adolescência, Consultas de Casal, Consultas de Grupo de Cirurgia Bariátrica, Consulta do Luto, Consulta do Cancro da Mama. Pude também observar as Consultas no Domicílio em que as últimas Sextas-Feiras de cada mês, os utentes são intervencionados por 3 áreas distintas – Enfermagem, Psiquiatria e Psicologia. Também foi possível acompanhar o atendimento no Internamento dos Cuidados Paliativos.

As consultas de observação permitiram-me compreender o exercício das consultas de psicologia no contexto hospitalar, nomeadamente, a duração média e

periodicidade das consultas, número de casos clínicos acompanhados pelos Psicólogos, como são realizados os pedidos de consulta e a realidade do *setting* terapêutico em contexto hospitalar.

Permitiram-me também assimilar as modalidades de intervenção realizadas e as estratégias utilizadas em contexto de consulta, pelos diferentes profissionais, podendo adquirir novas competências de avaliação e intervenção e compreender de que forma as estratégias aprendidas se aplicam na prática.

II.5 Grupo Terapêutico da Depressão

A Depressão é uma doença psiquiátrica que afeta o estado emocional, pelo que o paciente passa a mostrar tristeza profunda, falta de apetite, desânimo, pessimismo,

prostração, humor deprimido, baixa autoestima e perda de interesse por todas ou quase todas as atividades que anteriormente lhe proporcionavam prazer, durante pelo menos duas semanas consecutivas (APA, 2014). A perturbação depressiva envolve o corpo, o humor e os pensamentos do paciente, afetando os seus instintos naturais, a maneira de viver, a visão sobre si mesmo e a maneira de pensar. Resulta de distúrbios ao nível cerebral, significa que as ligações do sistema nervoso responsáveis pela regulação do sono, humor, pensamento, apetite e comportamento, não estão a funcionar de maneira correta. O cérebro envia informações através das células nervosas usando substâncias químicas denominadas de neurotransmissores, como a serotonina e a noradrenalina, que se apresentarem alterações, podem levar á Depressão. Os pacientes com este diagnóstico estão sujeitos a níveis de sofrimento elevados e, como se trata de uma doença crónica, este sofrimento tende a manter-se durante largos períodos de tempo, referindo com frequência que a dor mental é mais difícil de suportar que a física (Boing et al., 2012; Lotfaliany et al., 2018; Voinov et al., 2013).

É uma das perturbações mentais mais comum, estando a transformar-se num dos principais problemas de saúde dos países desenvolvidos (Boing et al., 2012; Lotfaliany et al., 2018; Voinov et al., 2013). O facto de que o género feminino sofre mais de depressão do que o masculino é uma ideia existente na classe médica e revelado em estudos que têm vindo a ser efetuados nesta área (Albert, 2015; Cyranowski et al., 2000; Gerontoukou et al., 2015). Um dos primeiros estudos realizados sobre a relação do género com a depressão foi efetuado em 1977 por Weissman e Klerman e, a partir desta data, muitos pesquisadores têm tentado perceber porque as mulheres deprimem mais que os homens (Bangasser & Cuarenta, 2021; Kessler, 2003; Leach et al., 2008; Shi et al., 2021). Na adolescência, as mulheres que apresentam sintomatologia depressiva são o dobro em relação aos homens (Bijl et al., 2002; Cyranowski et al., 2000; Kessler, 2003) sendo que estas exteriorizam os sintomas de forma mais exacerbada e direta que os homens (Shi et al., 2021). Esta doença tende para a cronicidade, em cerca de 20% dos casos, especialmente quando o tratamento não é eficaz, podendo estar relacionado com a não adesão à terapêutica (Andrews, 2001; Monroe & Harkness, 2012).

Tendo em consideração esta problemática e o número de casos diagnosticados no [REDACTED], decidiu-se realizar uma intervenção em grupo com o objetivo de dialogar acerca da Depressão, problemática comum a todos os participantes, e como tal, promover o desenvolvimento de ferramentas e estratégias para diminuir a sintomatologia depressiva. Desenvolveu-se então o grupo denominado: “*Vamos conversar só porque sim!*”. A escolha do nome teve por base o facto de pretender que as pessoas pudessem ventilar as suas dificuldades e necessidades, sem fazer alusão direta à depressão propriamente dita, considerando-se que desta forma poderia ser mais fácil a adesão ao grupo e a participação no mesmo.

Este grupo tornou-se particularmente importante no meu percurso, adotando um papel de descoberta de uma temática atual e tão incidente na população portuguesa (Gonçalves, 2022; Sousa et al., 2017). Foi árduo poder dar ferramentas e conhecimento mais pormenorizado sobre a doença, estratégias práticas do quotidiano a adotar e conhecimento sobre os recursos sociais disponíveis para ajudar, pois a faixa etária e a literacia das participantes, dificultaram o mesmo.

A falta de motivação é uma constante na vida de pessoas depressivas (Grahek et al., 2019) e isso incluía a participação num grupo terapêutico e vinda às sessões do grupo. Inicialmente não foi fácil cativar as participantes pois a perda de interesse ou prazer quase sempre está presente (anedonia). Estava prevista a realização de 2 grupos terapêuticos, mas devido a vários constrangimentos (e.g. incompatibilidade de horários), só foi possível realizar 1 grupo. O grupo foi constituído por 13 pacientes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 80 anos. O grupo reunia-se quinzenalmente, às quintas-feiras de tarde. No dia da sessão, os participantes dirigiam-se ao balcão administrativo para efetivar a consulta e, aguardavam a chamada na sala de espera. Em caso de atraso ou de falta, o participante deveria avisar, justificando, uma vez que 2 faltas injustificadas, resultaria em Alta do Grupo Terapêutico por ser considerado abandono. Não houve nenhum caso a registar.

Foram realizadas 8 sessões quinzenalmente, com uma duração de 90 minutos cada. Tratou-se de um grupo terapêutico fechado e homogêneo, de forma a proporcionar a participação ativa de todos os elementos nas várias atividades que foram decorrendo neste programa de intervenção, bem como, a interação com os outros participantes entre si. A seleção dos participantes foi feita pelo meu orientador, tendo como único critério de inclusão, diagnóstico de Depressão, de forma persistente. Todas as participantes, encontravam-se em acompanhamento individual pelo meu orientador.

Para avaliar a eficácia deste grupo, foi utilizado o instrumento *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), já validado para a população portuguesa (Carvalho & Cunha, 2014), tendo sido administrado antes do início do funcionamento do grupo (pré-intervenção) e, na última sessão (pós-intervenção).

Utilizei ainda o Termómetro das Emoções para avaliar o estado emocional em cada uma das sessões, sendo aplicado logo no início, com o objetivo de perceber o estado emocional de cada elemento do grupo - era analisado de forma individual para verificar a necessidade de uma intervenção mais focalizada nesse paciente, após o término da sessão. Trata-se de um instrumento de avaliação composto por 5 escalas visuo-analógicas que avaliam 5 domínios como, sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda. São avaliados numa escala entre 0 e 10, sendo que pontuações acima de 5 são indicadoras de alterações emocionais. Os autores sugerem o padrão 3 vs. 4, isto é, 4 escalas pontuadas com o valor 3 (ou superior) constituem um indicador da necessidade de atenção cuidada (Alves, 2010; Gomes, 2011; Mitchell et al., 2012).

Nas sessões, tive de adaptar a forma como me expressava, tornando a minha linguagem oral e escrita (*PowerPoints*) mais simples e direta. Incuti estratégias de motivação como levarem trabalho para casa, como pequenos diários a preencher sobre um exercício distinto, criar uma atividade em que em todas as sessões se aprendia um passo novo do Relaxamento Progressivo de *Edmund Jacobson* (Jacobson, 1976).

Desenvolvi alguns materiais essenciais ao funcionamento do grupo, como por exemplo, o Manual Terapêutico e o Manual do Paciente que foi entregue na primeira sessão. Elaborei as regras para o funcionamento do grupo, tendo sido discutidas e aprovadas pelo mesmo.

A primeira sessão teve como título “*Não está sozinha.*” e, os objetivos traçados para a mesma consistiram na apresentação de todos os elementos do grupo, na apresentação do programa em si, acordar o cronograma das sessões, fazer uma breve análise das expectativas e das necessidades do grupo, aplicação do questionário CES-D e a iniciação ao relaxamento.

A segunda sessão intitulava-se “*O que é a Depressão?*” e os objetivos delineados passavam pelo preenchimento do Termómetro das Emoções, a visualização de uma apresentação em *PowerPoint* sobre a Depressão, seguida de espaço para questões e observações pertinentes feitas pelas participantes. De seguida era explicado a Tarefa de casa e, por fim, um pouco de relaxamento.

Na terceira sessão, intitulada de “*Intervenção nos pensamentos negativos!*” não cumpri o que tinha estabelecido no Manual Terapêutico. Após a sessão anterior, percebi que a questão do sono trazia muita divergência de opiniões entre as participantes, optando assim por alterar o tema desta sessão e, abordar e aprofundar a temática do sono a partir de *PowerPoint* elaborado para o efeito, deixando a intervenção planeada para a sessão seguinte. Após essa apresentação, procedi à recolha do trabalho de casa de cada participante, entreguei um Contrato Pessoal e, introduzi mais um pouco de relaxamento.

A quarta sessão, “*Motivação para a mudança*”, teve como objetivos o preenchimento do Termómetro das Emoções, a recolha do Contrato Pessoal entregue na sessão anterior; potenciar as capacidades dos participantes nas atividades do dia-a-dia; promover estratégias para enfrentarem situações problemáticas; entrega do trabalho de casa “*A minha rotina*”, para preenchimento e averiguação das rotinas e possíveis modificações a serem feitas. Finalizei com mais um exercício de relaxamento.

Foi ainda trabalhado (e acrescentado) o objetivo da sessão anterior, a *intervenção nos pensamentos negativos*, em conjunto com a promoção de hábitos saudáveis.

Na quinta sessão, sendo esta a sessão que mais cativou todas as participantes, o título era *“Impacto da Comunicação Não-Verbal.”* e, os objetivos traçados passavam pela aplicação do Termómetro das Emoções, exploração da importância da comunicação não-verbal, aprendendo a fazer a leitura e interpretação de posturas corporais e expressões faciais, terminando como sempre, com exercícios de relaxamento.

A sexta sessão, intitulada de *“O que é estar em Depressão?”*, tinha como objetivos, a reflexão conjunta do significado de Depressão e de tudo o que lhe está subjacente, partilha de experiências e sentimentos e/ou emoções experienciados no meio social. Finalizei com mais um exercício de relaxamento.

Na sétima sessão, denominada por *“Eu gosto de mim.”*, os objetivos delineados consistiam na consciencialização para a importância do autocuidado físico e a promoção de atitudes positivas, capacitar as participantes para a importância de utilização de estratégias de *coping* adequadas para o aumento da autoestima e exercícios de relaxamento.

Na oitava e última sessão, os objetivos consistiram em salientar algumas orientações dadas durante o programa, esclarecimento de dúvidas e orientações futuras, aplicação do questionário CES-D e, por fim, o relaxamento progressivo de *Jacobson*, realizado de forma completa. Saliento que esta sessão foi um pouco mais longa que as anteriores, algo já planeado anteriormente, pois as participantes quiseram fazer um lanche de convívio como forma de encerrar esta jornada.

Foi entregue um Diploma como simbologia de esforço, motivação e vontade de sorrir novamente.

Foi solicitado o parecer clínico acerca do estado do diagnóstico das pacientes integrantes do Grupo Terapêutico (Tabela 3).

Tabela 3

Resultados obtidos pelo grupo terapêutico no CES-D

Resultado Pré-Intervenção	Resultado Pós-Intervenção	Aconselhamento
39	31	Continuidade Grupo Terapêutico
29	22	Continuidade Grupo Terapêutico
34	26	Continuidade Grupo Terapêutico
40	41	Continuidade Grupo Terapêutico
31	26	Continuidade Grupo Terapêutico
46	37	Continuidade Grupo Terapêutico
22	17	Alta
41	33	Continuidade Grupo Terapêutico
44	37	Continuidade Grupo Terapêutico
23	15	Alta
20	12	Alta
37	29	Continuidade Grupo Terapêutico
33	26	Continuidade Grupo Terapêutico

Relativamente aos resultados que suportaram este parecer clínico, na pré-intervenção a *Média (M)* foi de 33,77 (2 c.d.) e o *Desvio Padrão (DP)* foi de 13,72 (2 c.d.). Na pós-intervenção, verificou-se uma *M* de 27,08 (2 c.d.) e um *DP* de 14,02 (2 c.d.). No final das sessões, procedeu-se com o encerramento do processo de acompanhamento psicológico, por parte do meu orientador.

II.6 Grupo Terapêutico do Luto

Este grupo de intervenção foi promovido por uma colega de estágio, sendo que eu fui Co-Terapeuta do mesmo. O grupo denominado de “Grupo de Intervenção

Psicológica para Pacientes em Luto” e, abordava logicamente o luto, como sendo uma das experiências mais dolorosas vivenciadas pelo ser humano, no qual, esta experiência é um conjunto de sentimentos que necessitam de tempo para serem assimilados e resolvidos.

O luto ocorre após a perda de algo importante, como um emprego ou um objeto, mas, principalmente após a morte de um ente querido. O grau de sofrimento e de dor será correspondente aos laços afetivos que as pessoas têm umas com as outras, dos modelos de vinculação que são adquiridos e também, da cultura (Matthews, 2019; O'Connor, 2019; Shear, 2012). O grupo era constituído por pacientes que estavam em processo de luto, processo esse que cada um vivencia de forma diferente mediante a cultura, o meio onde está inserido ou o contexto da perda em si (Ramos, 2016). O objetivo era a partilha de experiências e recursos, de forma a aliviar o sofrimento e promover um ajuste positivo aos desafios colocados pela situação (Puigarnau, S/D).

As sessões deste grupo foram promovidas em torno de 2 vertentes: psicoeducativa e suporte. De forma a ajudar os familiares a lidar com o luto, o grupo foi, numa fase inicial, dividido em 2, composto por 6 pacientes cada, de forma a facilitar e possibilitar a participação ativa de todos os elementos nas várias atividades desenvolvidas ao longo das sessões.

O critério de inclusão era o paciente encontrar-se em processo de luto, por falecimento de um ente querido devido a doença oncológica. Era um grupo fechado e homogéneo quanto à problemática. Foram realizadas 8 sessões mensais, com uma duração de cerca de 90 minutos. Quanto à psicométrica utilizada, foi feita a aplicação de Termómetros Emocionais, a Escala de Luto Complicado (ICG) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

O contributo que este grupo deu na minha formação foi um alargar de conhecimentos na temática, sempre atual, que é o luto.

II.7 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A Avaliação Psicológica é um processo complexo, que tem como finalidade produzir hipóteses ou diagnósticos sobre uma pessoa ou grupo (Hutz, 2015). Esta avaliação pode ser definida como uma atividade científica e profissional que tem como objetivo a recolha, integração e avaliação de dados relativos a um indivíduo, utilizando diversas fontes, de acordo com um plano estabelecido previamente. Esta prática visa contribuir para o desenvolvimento, construção e avaliação através de instrumentos adequados, de forma a agregar, no final, a informação apropriada para a execução da respetiva avaliação (Pais-Ribeiro, 2013).

Durante a fase de observação, foi possível assistir a algumas avaliações psicológicas, e posteriormente, de forma autónoma comecei a ter contacto direto com alguns dos testes psicológicos utilizados nas avaliações e a aplicá-los consoante os pedidos efetuados por parte do meu orientador ou de outro Psicólogo do serviço, bem como a necessidade que cada caso apresentasse. Sendo assim, exponho um registo dos acompanhamentos efetuados e de Avaliações Psicológicas realizadas (Tabela 1).

Nem sempre era priorizada a utilização de testes psicológicos devido a características próprias deste serviço bem como do próprio funcionamento hospitalar, tal como a intervenção em crise ou os primeiros socorros psicológicos como sendo a problemática mais usual, o tempo limitado de cada sessão e o espaçamento entre as mesmas, ou seja, devido ao tempo reduzido das consultas (algumas com 20min) e o pouco tempo de separação entre as mesmas (para preparação da próxima), a aplicação de instrumentos/testes psicológicos não era priorizada.

Foi um desafio fazer uma mudança de registo com a facilidade e rapidez que o serviço exigia. Desenvolvi aptidões e conheci limites que até aqui me eram desconhecidos. Todo o serviço prestado serviu para ampliar conhecimentos e saber estabelecer prioridades relativamente ao mesmo.

Apliquei diversas escalas como a Escala de Inteligência de *Wechsler* para Crianças – 3ª Edição, WISC-III (Wechsler, 1991), validado para a população portuguesa por Simões et al. (2003); a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª Edição (WAIS-III;

Weschler, 1997, 2008); a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond & Snaith, 1983), traduzida por McIntyre et al. (1999); o Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), validado para a população portuguesa por Lima e Simões (1997), a EADS-21 (Ribeiro et al., 2004); o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis & Spencer, 1982); validado para a população portuguesa por (Canavarro, 1999; Canavarro, 2007); o SCL-90-R (Symptoms Checklist, Derogatis et al., 1976); o PHQ-8 (*Patient Health Questionnaire* de Kroenke e Spitzer, 2002); a Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung (1971); o GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder* de Spitzer et al., 2006), versão portuguesa de Sousa et al., 2015).

Tabela 1

Registo de Acompanhamentos e Avaliações Psicológicas realizadas

Idade	Género	Proveniência	Consulta / Testes	OBS.
42	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa e implementação de estratégias de <i>coping</i> .
35	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa.
42	Feminino	Psiquiatria / Neurologia	MoCA, Figura Complexa de Rey, INECO	Devolução de caso (Pedido de Avaliação).
57	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa e implementação de estratégias de <i>coping</i> .
43	Masculino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa.
45	Feminino	Psicologia	EADS-21	Alta.
52	Masculino	Psiquiatria	EADS-21, PHQ-8, HADS	Devolução de caso (Pedido de Avaliação).
50	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa e implementação de estratégias de <i>coping</i> .
49	Feminino	Psicologia	BSI, GAD-7	Alta.
23	Masculino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa.
42	Masculino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa.
31	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa e implementação de estratégias de <i>coping</i> .
46	Feminino	Psiquiatria / Neurologia	NEO-PI-R, EADS-21, BSI	Devolução de caso (Pedido de Avaliação).
26	Masculino	Psiquiatria	BSI, MoCA, Fototest, INECO	Devolução de caso (Pedido de Avaliação).

33	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa e implementação de estratégias de <i>coping</i> .
37	Masculino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa.
18	Masculino	Pedopsiquiatria	WAIS-III	Funcionamento intelectual baixo para a idade (Pedido de Avaliação).
11	Masculino	Pedopsiquiatria	WISC-III	Q.I. Verbal = 111 (superior); Q.I. Realização = 106 (superior); Q. Escala Completa = 110 (superior). (Pedido de Avaliação).
52	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa e implementação de estratégias de <i>coping</i> .
61	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa.
43	Feminino	Psicologia	HADS, PHQ-8	Devolução de caso (Pedido de Avaliação).
62	Masculino	Psicologia	BSI, EADS-21	Alta.
40	Feminino	Psicologia	Consulta Psicológica*	Escuta ativa e implementação de estratégias de <i>coping</i> .
61	Feminino	Psiquiatria	EADS-21, Fototest, MoCA	Devolução de caso (Pedido de Avaliação).

Consulta Psicológica* - Participação ativa durante o período de Observação participante, sendo solicitada pelo meu orientador, sugestão de estratégias de coping durante a própria consulta, o que me permitiu efetuar o registo em SCLínico.

Posteriormente à administração das provas procedia à cotação e realização do respetivo relatório.

Surgiu também a oportunidade de observar algumas consultas dedicadas à avaliação Neuropsicológica. Esta tem como principal objetivo avaliar as funções cognitivas e comportamentais, fazendo a comparação com o funcionamento normal ou deficitário do sistema nervoso central. Possibilita a realização de um diagnóstico, determinar a etiologia ou natureza dos défices bem como a sua gravidade, o prognóstico e uma intervenção a nível da reabilitação neuropsicológica (Haase et al., 2012).

Foi observada a administração de provas por alguns dos profissionais deste serviço, a pacientes em acompanhamento pelos mesmos. Juntamente a esta observação, foi-me pedido a realização de avaliações neuropsicológicas a pacientes que se encontravam em lista de espera, usando o protocolo estabelecido pelo o serviço.

Foi-me permitido um breve período de estudo das provas em questão, de modo que me pudesse inteirar do protocolo utilizado e, posteriormente tirar as dúvidas que

surgissem. Este protocolo continha 4 testes de *screening* cognitivo: (1) Teste de Fotografias (FT; Carnero-Pardo & Montoro-Ríos, 2004), (2) o MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*; Nasreddine et al., 2005), validado e traduzido para a população portuguesa por Freitas et al. (2011), (3) o ACE III (*Addenbrooke's Cognitive Examination*; versão portuguesa de Peixoto et al., 2018) e (4) o INECO *Frontal Screening* (IFS; Torralva et al., 2009); validado para a população portuguesa por Caldeira et al. (2011).

As consultas eram marcadas consoante a minha disponibilidade, com uma duração de aproximadamente 60 minutos, num total de 13 Avaliações Neuropsicológicas efetuadas (Tabela 2).

Tabela 2.

Avaliações Neuropsicológicas realizadas (Protocolo HSOG)

Idade	Escolaridade	Género	Proveniência	Diagnóstico
61	4ª classe	Masculino	Neurologia	Défice Cognitivo Ligeiro (Memória e Linguagem)
71	4ª classe	Feminino	Neurologia	Défice Cognitivo Ligeiro
80	4ª classe	Masculino	Neurologia	Défice Cognitivo Ligeiro (Memória e Linguagem)
73	4ª classe	Masculino	Neurologia	Défice Cognitivo Moderado (Memória Visual, Fluência Verbal Fonémica, Evocação Diferida e Capacidade de Abstração)
61	3ª classe	Masculino	Neurologia	Défice Cognitivo Moderado (Memória, Linguagem, Evocação Diferida e Capacidade de Abstração)
56	4ª classe	Feminino	Neurologia	Défice Cognitivo Moderado (Memória, Linguagem e Atenção)
82	Analfabeta	Feminino	Neurologia	Protocolo Não Aplicável.
59	4ª classe	Feminino	Neurologia	Défice Cognitivo Ligeiro (Linguagem e Atenção)
72	3ª classe	Feminino	Neurologia	Síndrome Demencial
26	12º ano	Masculino	Neurologia	Défice Cognitivo Ligeiro (Memória de Trabalho, Fluência Verbal Semântica e Capacidade de Abstração)
43	3ª classe	Feminino	Neurologia	Défice Cognitivo Ligeiro
78	3ª classe	Masculino	Neurologia	Défice Cognitivo Moderado (Memória Visual, Evocação Diferida e Capacidade de Abstração)
56	4ª classe	Masculino	Neurologia	Défice Cognitivo Ligeiro (Atenção)

Após as mesmas, realizava um relatório a expor os resultados de cada teste, bem como o meu parecer clínico sobre o que era sinalizado na avaliação e se estes resultados constituíam critérios sugestivos de algum défice. Retomava o relatório para a Psicóloga responsável para averiguação do mesmo e para posterior seguimento.

Esta etapa do meu estágio foi muito importante, uma vez que pude pôr em prática testes que me eram familiares do percurso académico, bem como a proximidade que me deu com testes que são mais utilizados na prática clínica. O estudo da administração de provas não é suficiente para a sua execução, é preciso pôr em prática para se ganhar mais confiança, bem como para não ter dúvidas na sua aplicação.

A observação junto dos profissionais que se encontram familiarizados com a avaliação psicológica possibilitou um enriquecimento e rigor para a minha prática relativa à avaliação, principalmente na aplicação, cotação e redação de relatório sobre a mesma.

II.8 Consulta Psicológica

A Consulta Psicológica, segundo o DPSM (2004), visa o aconselhamento e o apoio do paciente e seus familiares face a situações adversas, no sentido de o acompanhar de acordo com as suas necessidades, apoiando na construção de estratégias que permitam lidar com as situações adversas. Centra-se em avaliar e intervir em diversos casos com diferentes diagnósticos e em diversos contextos institucionais, numa reflexão do suporte social e no de optar por escolhas mais saudáveis no seu dia-a-dia, incidindo na gestão do *stress*, adaptação à doença, a adesão terapêutica, o autocuidado e a Psicoeducação em saúde (Teixeira, 2004).

É estabelecida uma relação de empatia na qual o Psicólogo deve explorar saber o que atormenta o paciente, não só através da entrevista psicológica onde são aplicados

os conhecimentos psicológicos adquiridos, mas também, através do comportamento que o paciente apresenta durante a consulta, onde os objetivos traçados para esta, dependem desse saber e da sua aplicação (Finset & Ørnes, 2017; Israelashvili et al., 2020; Moudatsou et al., 2020; Teixeira, 2004; Teixeira & Trindade, 2002). Assim, o Psicólogo não é alguém que vai delinear o trajeto do paciente, mas sim alguém que está disponível, nessa sessão, para orientar a situação do paciente de outra forma, identificando o que poderá ser feito para a sua resolução, tendo em conta todas as ferramentas e recursos que este possui.

O principal objetivo da Consulta Psicológica é potenciar a capacidade de os pacientes lidarem de forma positiva com as adversidades e os desafios que surgem no trajeto de vida, num contexto confidencial, de apoio e aceitação. É um local seguro onde se exploram aspetos de vida e sentimentos, de forma a fazer compreender as emoções por eles provocadas (Teixeira, 2004).

A Consulta Psicológica foi uma atividade bastante produtiva, no sentido em que foram colocadas em prática, as competências e técnicas adquiridas ao longo desta formação académica. Poder acompanhar e intervir neste contexto foi satisfatório, gratificante e bastante introspetivo. Gerir as emoções provocadas pela empatia em consulta foi sem dúvida o maior desafio deste contexto e algo para o qual não estamos preparados. Foi uma batalha quase diária aprender a conhecermo-nos a nós mesmos, descobrirmos novas sensações e perspetivas de vida. A maior compensação adquirida foi em dúvida poder observar as melhorias nos pacientes, sentir e presenciar a felicidade e a realização com sucesso de mais uma batalha na história de vida. Isto, só motivou a um maior comprometimento para com este contexto clínico.

II.9 Estudo de Caso

Identificação

Nome: C. T.

Sexo: Feminino

Idade: 49 anos

Estado Civil: Viúva

Filhos: 1

Situação Laboral atual: Baixa Médica por doença (Costura)

Habilitações Literárias: 6º classe

Pedido e Motivo da Consulta

Encaminhada para consulta de Psicologia pela Psiquiatria por Síndrome Depressivo e Queixas de Ansiedade generalizada com crises, já medicada (*Lorazepam* – ação rápida; sedativo, ajuda no controle dos distúrbios de ansiedade e na insónia).

Relativamente às queixas principais, C.T. relata sentimentos de tristeza, astenia, falta de prazer na realização de atividades diárias, acompanhado por dificuldades de gestão familiar (situação médica da mãe e da filha), insónias tardias, choro e falta de apetite.

História

C. T. tem 49 anos, é a mais nova de uma fratria de 3 irmãos. Quanto à sua escolaridade possui o 6º ano. É viúva há cerca de 14 meses e tem uma filha com 25 anos com quem vive, juntamente também com a sua mãe de 73 anos, com possível diagnóstico de Alzheimer. A filha foi tendo alguns problemas de saúde desde que nasceu “...estava sempre com infeções, sempre a correr para o hospital...” (sic), sendo que aos 20 anos de idade, a filha teve um AVC (não especificado) ficando com sequelas neuromusculares, visíveis nos membros superiores. A paciente refere que esta situação condicionou muito a vida da filha, principalmente quando esta estava a iniciar a sua atividade profissional. Atualmente, C. T. encontra-se de baixa médica há cerca de 6

meses, tendo exercido funções maioritariamente na área têxtil. O motivo da mesma deve-se às queixas de sintomatologia ansiosa e depressiva, que condicionam a atividade profissional que a paciente exerce.

Tem uma ótima relação com a sua mãe e a sua filha, de grande proximidade, e considera-se o “...*pilar da casa...*” (sic).

C. T. perdeu a irmã há cerca de 3 anos, devido a neoplasia mamária e, posteriormente, neoplasia dos pulmões. Estava emigrada em França e regressou a Portugal para falecer. Era com quem tinha uma maior relação de proximidade, referindo um processo de luto complicado. Refere ter desde sempre, uma boa relação com a mãe, assim como tinha com o pai, falecido de hepatopatia há 20 anos, caracterizando-o como bom pai e trabalhador. A relação com o irmão é um pouco controversa: “...*é meu irmão, gosto dele e ele de mim, a nossa relação é boa mas, a esposa dele manda em tudo, damo-nos mal...*” (sic). De momento, a mãe requer cuidados para as Atividades Vida Diária (AVD) e, a prestação de cuidados está a ser mais exigente do que a C. T. esperava.

Foi casada durante 26 anos, com o “...*homem e amor da minha vida...*” (sic), sendo o único relacionamento que teve até à data. O marido faleceu de forma inesperada, no início do ano transato, devido ao vírus da hepatite B (doença infecciosa e viral que provoca a inflamação do fígado), doença que já transportava, de longa data.

Relativamente ao motivo de encaminhamento para Psicologia, no primeiro contacto com a paciente, as queixas eram sobretudo alusivas à sintomatologia depressiva e alguma sintomatologia ansiógena. As queixas foram surgindo com maior frequência desde o falecimento da irmã, contudo, agravaram-se perante a experiência de alguns acontecimentos de vida adversos, luto do cônjuge, situação clínica da mãe e da filha perante um núcleo familiar considerado como pouco assertivo e indisponível.

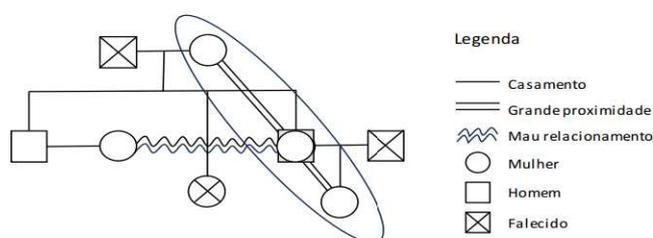
Quanto á ansiedade, a mesma revelava alguns episódios em que sentia dispneia, sudorese, tremores, palpitações, picos hipertensivos, rubor facial e do tórax tendo inclusive, no passado, recorrido à urgência hospitalar por estas mesmas razões. Medicada para o efeito, relata ligeira sensação de melhoria “...*comecei a respirar um pouquinho melhor, o peito aperta menos, menos sufocada...*” (sic). Presentemente, o luto do cônjuge levou a uma agudização dos sintomas e ao reconhecimento da

necessidade de ajuda profissional. A paciente menciona também algumas queixas mnésicas, como esquecimento de tarefas que acabou de realizar “...esqueço-me se já pus sal na água do arroz...do ferro ligado...” (sic) mas, principalmente na nomeação de alguns objetos “...quero dizer como se chama, tenho o nome debaixo da língua e não sai...” (sic). Refere que o “...cérebro anda cansado de tudo...” (sic).

Desde o primeiro contacto que a mesma expressou intuito de usufruir de acompanhamento psicológico, ponto significativo para a adesão terapêutica. As questões do luto estão latentes na paciente, referindo que está “...confirmada e a vida vai seguindo...” (sic) e, associando o sofrimento experienciado à falta física do marido, e não a problemas na resolução do luto que já suporta há cerca de 14 meses.

Apresenta alguma autocrítica e consciência da necessidade de mudança comportamental.

Genograma



Processo de Avaliação Psicológica

A Avaliação Psicológica é um procedimento clínico que envolve um corpo organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação da personalidade como de outras funções cognitivas como Entrevista e Observações Clínicas, Técnicas Projetivas, Testes Psicológicos e Procedimentos de Investigação Clínica (Contar Histórias, Jogos ou Desenhos) (Cohen & Swerdlik, 2009).

A escolha dos instrumentos e das estratégias a serem utilizados é feita de acordo com o referencial teórico, com o objetivo pretendido e com a finalidade da Intervenção.

Procedeu-se à avaliação psicológica da paciente começando com a realização da Anamnese. Posteriormente, procedeu-se à avaliação com os seguintes instrumentos: Fototest; HADS; SCL-90 e, Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung.

Não se apurou qualquer perturbação aparente da atenção e da concentração. C. T. manteve o contacto ocular e foi sempre bastante colaborante, desde o primeiro contacto.

O Fototest (FT; Carnero-Pardo & Montoro-Ríos, 2004) é um teste cognitivo de aplicação breve, para diagnóstico de comprometimento cognitivo e demência, que avalia componentes cognitivas como a nomeação, memória visual recente e fluência verbal semântica (Dias et al., 2015) e as pontuações entre os 28-29 pontos indicam deterioração cognitiva e entre 26-27 pontos sugestivo de demência (Carnero-Pardo & Montoro-Ríos, 2004). Na avaliação pré-intervenção, a paciente obteve uma pontuação total satisfatória, não evidenciando qualquer alteração ou comprometimento ao nível da memória visual recente, da capacidade de nomeação ou da fluência verbal semântica (Denominação = 6/6; Fluência verbal = 37; Recordação Livre = 12/12; TOTAL = 55). Não se realizou avaliação pós-intervenção por não se constatar necessidade.

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS, Zigmond & Snaith, 1983), é uma escala de breve aplicação, pois é pequena e de fácil de usar neste meio. É constituída por 14 itens que se dividem em 2 subescalas. Estas avaliam, respetivamente, níveis de Ansiedade e Depressão, sendo que todos os itens se referem, de forma exclusiva, ao estado emocional e não refletem sintomas somáticos (Torres et al., 2012). Cada um dos itens é apresentado numa escala de *Likert* de 4 opções, com valores compreendidos entre 0 e 3. O somatório de cada um dos itens da mesma escala, representa o resultado obtido. Considera-se o ponto de corte em 8, para cada escala, sendo que se os resultados obtidos forem iguais ou superiores a este valor, é sugestivo a níveis patológicos. É uma escala facilmente compreendida e aceite pelos pacientes (Costa, 2011). Os resultados obtidos no pré e pós intervenção (Tabela 4) traduzem uma redução significativa da sintomatologia ansiosa e depressiva, o que comprova a obtenção de ganhos terapêuticos por parte da paciente. Pode-se interpretar os valores como uma ansiedade moderada (11 a 14 ansiedade moderada) e uma depressão grave

(15 a 21 depressão grave). Na pré-intervenção obteve o valor de 17 para a Depressão e 14 para a Ansiedade, sendo que, na pós-intervenção houve uma melhoria significativa da paciente, tendo os valores reduzido para 12 na Depressão, sendo assim categorizado de depressão moderada, enquanto que o valor 7 na ansiedade é indicativo de ausência da mesma.

Tabela 4

Resultados obtidos pela paciente no HADS

	Resultado Pré-Intervenção	Resultado Pós-Intervenção
Depressão	17	12
Ansiedade	14	7

O SCL-90-R (Derogatis et al., 1976), que é um inventário de 90 itens que tem como objetivo avaliar sintomas psicopatológicos, com as seguintes 9 dimensões; Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo. Ainda possibilita adquirir 3 índices globais: Índice Gravidade de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP) e, Índice de Sintomas Positivos (IPS). Apresenta-se numa escala tipo *Likert* no qual o paciente revela o nível de angústia que sente comparativamente aos itens.

Aplica-se a adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. Aqui, os resultados (Tabela 5) foram classificados como - Perturbação Grave: Obsessões-Compulsões (2,6); Sensibilidade Interpessoal (2,44). - Perturbação Moderada: Depressão (1,92); Ansiedade (1,7); Hostilidade (1,67); Ansiedade-Fóbica (1,43); Ideação-Paranoide (1,17); Psicoticismo (1,4); Somatização (1,17).

Tabela 5

Resultados obtidos pela paciente no SCL-90

	Resultados obtidos
Somatização	1,17

Obsessões-Compulsões	2,6
Sensibilidade Interpessoal	2,44
Depressão	1,92
Ansiedade	1,7
Hostilidade	1,67
Ansiedade Fóbica	1,43
Ideação Paranoide	1,17
Psicoticismo	1,4
Escala adicional	10
<hr/>	
	IGS = 0,28 (2 c.d.)
	TSP = 68
<hr/>	
	ISP = 2,13 (2 c.d.)

A Escala de Ansiedade de Autoavaliação de Zung (1971) que tem como objetivo reconhecer níveis de ansiedade, baseando-se em critérios clínicos, como sinais e sintomas. A Ansiedade é avaliada como uma reação perante situações ansiosas e não, como um traço característico de personalidade, ou seja, avalia a Ansiedade de Estado e não a Ansiedade de Traço. É constituída por 20 itens e, o paciente deve avaliar de forma quantitativa e assinalar o sintoma que mais se enquadra no momento. A pontuação varia entre 20 e 80, sendo que quanto mais elevado, maior a percentagem de Ansiedade. Relativamente a esta escala, esta revelou índices de Ansiedade acima da média, com 54%. Ansiedade Total 42 > média = 34,9, Ansiedade Cognitiva 11 > média = 9,3; Ansiedade Motora: 8 > média = 7,1; Ansiedade Vegetativa 18 > média = 15,6; Ansiedade derivada do S.N.C 5 > média = 4,3.

Durante o acompanhamento nas sessões, C.T. apresentou-se com aspeto cuidado, idade aparente coincidente com a idade real, um comportamento adequado ao contexto, colaborante e motivada, embora com um humor mais depressivo latente.

Enquadramento Concetual

Após a avaliação psicológica e a recolha de informação, é possível constatar que a paciente apresenta os critérios para a sugestão de Transtorno Depressivo Persistente, segundo o DSM 5 (2014), tal como era expectável.

O Transtorno Depressivo Persistente caracteriza uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico em que existe a persistência de um humor deprimido, maioritariamente, durante o dia, quase todos os dias, num mínimo de 2 anos (critério A), sendo que devem estar presentes, enquanto deprimido, duas, ou mais, das seguintes características (critério B): alteração do apetite (critério B1), insônia ou hipersônia (critério B2), fadiga ou perda de energia (critério B3), baixa autoestima (critério B4), capacidade de decisão ou em se concentrar diminuída (critério B5) e sentimentos de desesperança (critério B6); estes sintomas (critério A; critério B) persistem pelo período de 2 anos, em que nunca esteve sem eles por mais de 2 meses (critério C); os critérios do transtorno depressivo maior podem ser, durante 2 anos, existentes de forma persistente (critério D); não há registo de episódios maníacos ou hipomaníacos, nem são satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico (critério E); nenhum outro transtorno explica melhor esta perturbação (critério F); não serem decorrentes dos efeitos fisiológicos de substâncias ou a outra condição médica (critério G) e, a sintomatologia causa sofrimento físico e prejuízo em áreas importantes para a paciente (critério H). Assim, concluo que a paciente preenche o critério A, B (B1, B2, B3, B4, B5 e B6), C, D (exceto, A3 e A9), E, F, G e H, apresentando critérios suficientes para o parecer deste diagnóstico.

Outras queixas percebidas, foram que são poucas as atividades prazerosas que esta exerce. Estes sintomas iniciaram-se na altura do óbito da irmã, variando em termos de intensidade, não tendo estado, no entanto até ao momento, sem sintomas por um período superior a dois meses consecutivos.

O normal funcionamento da paciente tem impacto no funcionamento profissional, uma vez que se encontra de baixa pelos motivos acima referidos e no nível familiar “...sinto falta dele...do contato físico...” (sic).

A paciente apresenta característica, como o género e a idade, que são favoráveis à persistência dos sintomas somáticos. Ainda que a mesma evidencie algumas queixas alusivas à ansiedade, não se verificou o cumprimento de qualquer Perturbação de Ansiedade. Segundo o DSM 5 (2014), os transtornos de ansiedade têm como característica, a ansiedade e o medo excessivos, bem como perturbações

comportamentais relacionadas. Os ataques de pânico são uma resposta frequente ao medo neste tipo de perturbação e, este transtorno também se diferencia por ser excessivo e persistir além do período apropriado ao nível de desenvolvimento.

Exclui-se a possibilidade da presença de Perturbação Bipolar, pois a mesma não cumpre critérios para episódio maníaco ou hipomaníaco.

Adicionalmente, excluiu-se a hipótese de Perturbação Depressiva Maior, uma vez que os episódios depressivos se mantêm há mais de dois anos (APA, 2014).

Processo de Intervenção Psicológica

Tendo em conta então a problemática apresentada, ou seja, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Persistente, concluiu-se que a intervenção neste caso se pode basear nos pressupostos da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC). Esta é uma abordagem psicológica com forte suporte empírico na sua eficácia em vários transtornos psicológicos como é o caso dos transtornos depressivos (Kazantzis et al., 2018), não existindo nenhuma contraindicação à sua aplicação (Gautam et al., 2020).

Os objetivos principais desta intervenção passaram por promover o alívio da Sintomatologia Depressiva e Sintomatologia Ansiógena, bem como promover estratégias de regulação emocional, de resolução de problemas e de restabelecimento do equilíbrio psicológico. A implementação de estratégias de autocontrolo e educação para a saúde, no sentido de adquirir competências para lidar com *stress* e motivá-la a se comprometer a adotar um estilo de vida mais saudável (Holroyd K, 2008), também são alguns dos objetivos a estabelecer com a intervenção.

Tendo em conta a informação anamnésica recolhida, os resultados obtidos pelos instrumentos de avaliação administrados e, as queixas de sintomatologia depressiva e ansiogénica que C. T. apresenta e que admite ser algo incapacitante para o seu quotidiano, é sugestivo de Depressão.

De acordo com o diagnóstico de Transtorno Depressivo Persistente (TDP ou Distímia) feito, foi tido em consideração as informações fornecidas pela paciente e a sua

avaliação psicológica, de acordo com o DSM 5 (2014). Os critérios para o Transtorno Depressivo Persistente (TDP): Humor Depressivo Persistente - A paciente relata humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, e esse sintoma parece estar presente, conforme descrito no relato subjetivo. Ela sente-se triste e descreve um vazio emocional; Presença de Sintomas Adicionais - A paciente também apresenta vários sintomas adicionais consistentes com o TDP, incluindo apetite diminuído, insônia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança; Duração Prolongada - Esses sintomas têm uma duração prolongada, já que a paciente relata que eles persistiram desde o óbito da irmã, variando em intensidade, mas não ausentes por mais de dois meses consecutivos. Isso corresponde ao requisito de pelo menos dois anos de duração; Impacto no Funcionamento - A paciente relata que esses sintomas têm um impacto significativo em seu funcionamento, tanto profissional (baixa médica) quanto pessoal (ela sente falta do contato físico na vida familiar).

A persistência de pensamentos ruminativos é um dos pontos a melhorar no imediato pois condiciona de forma mais frequente o quotidiano de C.T..

A paciente já possui algumas estratégias de *coping* adequadas, mais concretamente na higiene do sono, mas apresenta falta de ânimo às sugestões apresentadas, como estratégias comportamentais de relaxamento, que estão cientificamente comprovadas serem eficazes no combate tanto à Depressão como à Ansiedade.

O relaxamento, atividade que proporciona prazer, evita e contraria os efeitos do *stress* pois contribui para a libertação de endorfinas - neurotransmissores que provocam bem-estar. Reequilibra o sistema nervoso autónomo diminuindo efeitos negativos, como dor e mal-estar. O seu principal objetivo é permitir ter a sensibilidade da percepção, tanto no interior como no exterior do nosso corpo, centrar a atenção para o foco pretendido não sobrecarregando o cérebro com atividades e pensamentos excessivos e, diminuir as alterações fisiológicas no sentido de preparar a paciente para enfrentar situações desafiantes (Pressman et al., 2009; Zawadzki et al., 2015).

No sentido de facilitar uma mudança comportamental adequada, as tarefas de intervenção têm como objetivo auxiliar o paciente a enfrentar as exigências futuras, como a gestão do *stress*, as técnicas comportamentais para o relaxamento, modelagem e treino de competências, educação para o aumento de qualidade de vida, intervenção em crise, aconselhamento psicológico e grupos de suporte (Conley et al., 2017; Schneiderman et al., 2005).

A Intervenção Psicológica realizada com a paciente foi orientada pelos pressupostos da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC). Esta Terapia tem-se demonstrado eficaz em pesquisas científicas rigorosas (David et al., 2018; Hofmann et al., 2012), para além de mostrar de forma positiva os resultados no tratamento da Ansiedade (Joshua E. Curtiss et al., 2021; Kaczkurkin & Foa, 2015). Além disso, esta Terapia tem como principal objetivo diminuir a Ansiedade ao desenvolver competências para identificar, avaliar, controlar e modificar os pensamentos negativos e os comportamentos a ela associados (Kaczkurkin & Foa, 2015). Pretende corrigir distorções cognitivas, exercitando a identificação de pensamentos automáticos, comparando a validade dos pressupostos no passado e presente, identificar os erros cognitivos de ansiedade e desenvolver competências para a sua resolução (Dugas & Ladouceur, 2007; Fenn & Byrne, 2013; Kapczinski & Margis, 2004).

Foi efetuado, previamente, um planeamento de Sessões, com base na atuação dos pensamentos, comportamentos e emoções da paciente, com o objetivo da mesma os analisar e, posteriormente, mudar os comportamentos disfuncionais da sua vida. Foram utilizadas técnicas de comportamento e cognição para a modificação, primeiramente dos pensamentos, e depois, do comportamento e dos hábitos que criou.

Tabela 6

Planeamento das Sessões de Intervenção Psicológica com C.T.

Sessão	Objetivos Gerais
Sessão 1	- Verificação do humor; - Esclarecimentos sobre a Terapia; - Recolha de Anamnese.
Sessão 2	- Verificação do humor; - Conclusão da recolha e revisão de aspetos da Anamnese; - Aplicação de Instrumentos; - Definição de metas a atingir com a terapia; - Determinação dos trabalhos de casa (Registo Tarefas Diário).
Sessão 3	- Verificação do humor; - Continuação na aplicação de Instrumentos; - Revisão do trabalho de casa; - Intervenção na sintomatologia ansiosa.
Sessão 4	- Verificação do humor; - Continuação na aplicação de Instrumentos; - Identificação de pensamentos automáticos negativos e respetiva reestruturação cognitiva; - Esclarecimento da relação entre pensamento, comportamento e emoção.
Sessão 5	- Verificação do humor; - Elucidação teórica sobre Depressão e Ansiedade; - Psicoeducação sobre a regulação emocional; - Psicoeducação sobre a Depressão e Ansiedade; - Início da ativação comportamental; - Determinação dos trabalhos de casa (Relaxamento Progressivo de Jacobson).
Sessão 6	- Verificação do humor; - Seguimento da ativação comportamental; - Identificação de pensamentos automáticos negativos / erros cognitivos (Método Sócrático); - Determinação dos trabalhos de casa (Relaxamento Progressivo de Jacobson).
Sessão 7	- Verificação do humor; - Identificação de crenças; - Determinação dos trabalhos de casa (Relaxamento Progressivo de Jacobson).
Sessão 8	- Verificação do humor; - Treino de resolução de problemas e técnicas de assertividade; - Determinação dos trabalhos de casa (Relaxamento Progressivo de Jacobson).
Sessão 9	- Verificação do humor; - Reestruturação cognitiva; - Determinação dos trabalhos de casa (Relaxamento Progressivo de Jacobson).
Sessão 10	- Verificação do humor; - Reestruturação cognitiva; - Preparação para o término da terapia; - Determinação dos trabalhos de casa (Relaxamento Progressivo de Jacobson).
Sessão 11	- Verificação do humor; - Revisão dos principais aspetos abordados ao longo das sessões; - Continuação da preparação para o término da terapia; - Prevenção da Recaída; - Determinação dos trabalhos de casa (Relaxamento Progressivo de Jacobson).
Sessão 12	- Esclarecimentos; - Reflexão sobre os progressos adquiridos;

Descrição das sessões

1ª Sessão

C.T. apresentou-se na consulta com a sua mãe chegando com cerca de 15min de atraso, o qual já me tinha sido informado previamente. A mesma justificou que não tinha conseguido deixar a mãe á guarda de ninguém visto que a mesma precisa de vigilância constante. Apresentava humor depressivo com choro fácil, cansaço, mas um aspeto cuidado.

A empatia já estava estabelecida com a paciente pois a sua mãe tinha sido uma das minhas pacientes em Avaliação Neuropsicológica e o pedido de seguimento da mesma, foi feito da minha parte (a mesma era seguida pelo meu orientador o que facilitou o processo). Foi-lhe explicado as questões éticas e deontológicas, de forma a esclarecer que nenhuma informação partilhada seria divulgada. Foi-lhe explicado o intuito das sessões e que as mesmas seriam semanais. No entanto, no término das mesmas, seria feita uma nova avaliação da situação para perceber se havia necessidade de continuar o acompanhamento. C.T. refere que compreendeu e demonstra entusiasmo com a terapia.

Deu-se início á anamnese para conhecer a história de vida e obter informações relativas à mesma. Foi bastante comunicativa, fazendo um bom seguimento da sua história e respondendo a todas as questões que iam sendo colocadas. Apresentava um discurso coerente e organizado. O tempo da sessão não foi o devido, logo, tivemos que remarcar outra sessão de forma a terminar esta etapa da recolha de informação.

2ª Sessão

Nesta sessão, a paciente apareceu sozinha e de forma pontual. Havia uma grande necessidade por parte da paciente em falar e foi uma sessão maioritariamente de escuta ativa e compreensão empática.

A escuta consiste numa estratégia de comunicação de forma a se compreender melhor o outro. Manifesta interesse, respeito, uma atitude calorosa do ouvinte, sendo deste modo, terapêutico, o que estimula uma melhor comunicação e compreensão das

inquietações pessoais, podendo o ouvinte identificar diversos aspetos verbais e não-verbais da comunicação (Mesquita & Carvalho, 2014). Segundo a Teoria Cognitivo-Comportamental, a compreensão empática é definida como um instrumento fundamental na compreensão do processo de elaboração de afetos, cognições e por comportamentos expostos pelo paciente (Chand et al., 2022). Ser empático contém a perspetiva do outro, é uma disposição para se pôr no lugar da outra pessoa, podendo ou não experienciar os mesmos sentimentos (Israelashvili et al., 2020; Moudatsou et al., 2020). Apresentava sintomatologia ansiosa, humor deprimido e cansaço excessivo. Decidi não iniciar a Aplicação dos Instrumentos delineados por este motivo. O discurso era novamente coerente e a apresentação cuidada. A recolha de informação ficou completa e no sentido de compreender melhor a rotina de C.T., pedi que esta preenchesse um Registo das Tarefas Diário, a ser entregue na próxima sessão.

3ª Sessão

Na terceira sessão, a paciente compareceu sozinha e de forma pontual. Trouxe o Registo das Tarefas Diárias preenchido e apresentava uma atitude crítica relativamente ao mesmo. Apresentava humor eutímico e, aspeto cuidado. A paciente refere que não realiza atividades prazerosas na sua vida, que todos os dias faz o mesmo, sem nada de estimulante ou entusiasmante para a mesma. Estabeleceu-se aqui uma tarefa a incutir diariamente na sua rotina: fazer algo que a satisfizesse de forma a deixar o seu dia caloroso.

Após rever alguns cenários, optou-se por introduzir uma caminhada diária, acompanhada pela mãe e pela filha e, aos sábados de dia, teria cerca de oito horas para estar a fazer o que mais apreciava, neste caso, montar puzzles e passear à beira mar. A paciente refere que costumava aproveitar esse tempo para dormir, mas demonstra entusiasmo em cumprir este objetivo.

Além de melhorar a aptidão física, o exercício físico praticado de forma assídua também pode melhorar a capacidade cognitiva e reduzir os níveis de ansiedade e *stress* em geral. Os exercícios ajudam a melhorar a autoestima, a imagem corporal, a cognição e a função social (Caponnetto et al., 2021; Mandolesi et al., 2018).

Iniciou-se aqui a Aplicação de Instrumentos (algo proposto a iniciar na 2ª sessão).

Introduziu-se a explicação de uma boa respiração diafragmática e o contributo que esta demonstra ter nas crises ansiogénicas. C. T. compreende e inicia a prática com alguma facilidade.

4ª Sessão

Nesta sessão, foi novamente feita uma pesquisa do humor da paciente e procedeu-se com a continuidade da Aplicação dos Instrumentos de psicologia.

Como a paciente já relatou ter alguns sintomas físicos devidos à Ansiedade sentida de forma diária, é aqui introduzido novamente o exercício de respiração diafragmática, no sentido também de deixar a paciente relaxada no término da consulta que foi um pouco “...*puxada para o cérebro...*” (sic).

5ª Sessão

Foi feita uma pesquisa do humor da paciente, que estava eutímico, apresentando-se com uma aparência cuidada. Procedeu-se com o término do procedimento estabelecido até à 4ª sessão.

Foi feita uma explicação teórica sobre a Depressão e a Ansiedade, de forma a elucidar a paciente relativamente às questões fisiológicas envolvidas, as implicações futuras, os contributos que podem ser providenciados e quebra de algumas crenças pela mesma já geradas.

Iniciou-se aqui a aplicação do Relaxamento Progressivo de Jacobson, entregando à paciente um panfleto de como executar o exercício na sua totalidade. Foi feita uma explicação de como proceder, promovendo aqui um ambiente propício à tranquilidade, segurança e conforto.

6ª Sessão

Nesta sessão, foi novamente feita uma pesquisa no humor da paciente que estava eutímico e, o seu aspeto bastante cuidado.

Foi utilizada a reestruturação cognitiva de determinadas crenças que C. T. apresentava sobre si própria, visando a modificação de pensamentos de natureza disfuncional.

Delinearam-se estratégias para o comportamento alternativo, de forma mais adaptativa, lógica e realista, para promover uma percepção de si mesma mais apropriada. Utilizei aqui o Método Socrático (Rangé, 2011), que consiste em realizar algumas questões à paciente, de forma a encontrar falhas lógicas na sua maneira de pensar pois, acredita-se que as mesmas estão diretamente ligadas com o sofrimento da paciente. Quando a mesma aceita e compreende que os pensamentos estão, de certa forma, distorcidos, tem o poder de mudar os acontecimentos, optando por uma forma de pensar mais adequada, ajustada e saudável.

Terminou-se a sessão, aplicando o Relaxamento Progressivo de Jacobson. Foi executado de forma breve, promovendo aqui um ambiente confortável e relaxante para a paciente.

7ª Sessão

Verificou-se o humor da paciente. A mesma apresenta eutímia e uma aparência cuidada.

Abordamos os pensamentos negativos iniciais já identificados na sessão anterior, bem como as crenças que a paciente adquiriu ao longo da vida. Dentro desta dinâmica, enumerou-se aspetos positivos e negativos na vida de C. T., o que gostaria de mudar, o que realisticamente pode ser feito e o fundamento que está na base destes aspetos distorcidos.

A mesma demonstrou falta de confiança e segurança na sua forma física “...*não sinto gosto nenhum em sair porque não me sinto bonita, atraente, olhada...*” (sic). Contrariamente a isto, foi feita alusão ao aspeto físico de C. T. pois a mesma apresentava perda de algum peso, melhor postura corporal e até alguma humildade na maquilhagem, pois esta é muitas vezes a maneira de uma mulher se mimar. Após esta observação, a paciente confessa que desde que iniciou as caminhadas sente de fato alguma “...*energia extra...*” (sic). Foi feito um reforço às conquistas da paciente.

Termino a sessão aplicando o relaxamento de forma mais incidente nos membros inferiores, de certa forma, para fazer alusão às caminhas da paciente.

8ª Sessão

Foi feita uma pesquisa do humor da paciente. A mesma apresenta eutímia, uma aparência cuidada e agradável e, algum brilho no olhar. Refere satisfação com o que “...se tem obrigado a fazer até agora...” (sic).

Iniciou-se o processo de reestruturação cognitiva dos pensamentos numa tentativa de melhor aceitação de si mesma reconhecendo os pontos fortes e fracos de C. T. numa reflexão e, posterior, estabelecimento de ideias adaptativas.

Foi feita também uma reflexão das sessões e dos ganhos obtidos até ao momento. Salientaram-se os ganhos adquiridos ao longo da terapia e verificou-se se os objetivos iniciais delineados pela paciente, se mantinham os mesmos. A paciente demonstra motivação e ânimo em continuar com o processo terapêutico. Terminou-se novamente com algum relaxamento.

9ª Sessão

C.T. apresentou-se novamente na consulta com a mãe, chegando com um atraso de quase 20 min, do qual eu tive prévio conhecimento. Justificou que o motivo seria não ter conseguido deixar a mãe ao cuidado de ninguém. Apresentava humor hipotímico e cansaço devido a uma noite mal dormida, mas, um aspeto novamente bastante cuidado.

Foi uma sessão maioritariamente de escuta empática na qual o meu principal objetivo foi tentar melhorar o humor e os níveis de ansiedade da paciente. Acabou por se tornar uma sessão em que as estratégias que forneci foram no sentido de facilitar o dia-a-dia da paciente com a sua mãe, dando sugestões de algumas atividades que poderia pôr em prática para a mãe realizar de forma autónoma, dando assim um pouco de espaço individual à paciente. Com o tempo, o *setting* foi ficando confortável e, consequentemente, o comportamento da paciente foi acalmando e normalizando.

Finalizei a sessão novamente com o Relaxamento, sendo desta vez, orientado pela própria paciente, que refere que o mesmo faz parte da sua “...leitura e rotina

noturna sagrada..." (sic), chegando mesmo a ensinar a sua mãe a "*...respirar com mais calma quando fica confusa e depois nervosa...*" (sic).

10ª Sessão

Nesta sessão, apresentava humor eufímico e, novamente, uma aparência bastante cuidada.

Comecei por tentar perceber o que deixa C. T. tão nervosa quando a mesma está com a mãe, visto que o relacionamento de ambas é referido como excelente. Entendo que a base dos problemas reside na cunhada, esposa do seu irmão com quem já havia mencionado ter uma relação conflituosa.

Delineou autonomamente estratégias para tentar anteceder os usuais problemas "*...é sempre pelos mesmos motivos, implica com qualquer coisa...*" (sic), que são criados pela sua cunhada na ausência do irmão, ou seja, a paciente refletiu, ponderou e considerou a melhor opção perante uma adversidade, não se deixando levar pelo negativismo (ainda ligeiramente latente nos seus pensamentos e crenças).

Foi feito um reforço positivo, da minha parte, pela conquista de mais um objetivo delineado anteriormente pela paciente, iniciando aqui o processo para o término da Terapia. Feito mais um pouco de Relaxamento como modo de terminar a sessão.

11ª Sessão

Verificou-se o humor da paciente. A mesma apresenta hipertimia e uma aparência cuidada e viçosa.

Foi feita um balanço deste processo terapêutico, desde a 1ª sessão, até ao momento numa tentativa de compreender a perspetiva que a C. T. tinha da Terapia, dando assim início à Prevenção da Recaída. A paciente refere que relativamente às crenças e pensamentos negativos "*...respiro fundo 3 vezes...deixo o meu cérebro pensar e depois analiso como vou lidar com aquilo...*" (sic).

No que concerne aos hábitos de vida e às rotinas mais saudáveis, a paciente menciona que "*...faço caminhadas quase todos os dias...pondo adotar um cão...filha diz que me espicava a caminhar mais...*" (sic).

Relativamente às saudades do cônjuge e da visão de fealdade que tinha de si própria, refere que “...as hormonas andam mais felizes com os exercícios todos que faço...sinto-me leve e mais nova...as saudades vão ficando soltas, aos pouquinhos, a vida já não as prende tanto...” (sic).

Questionada acerca da mãe, C. T. menciona que a mesma se tem adaptado bem aos exercícios e que de certa forma “...a brincar fica entretida desde que eu não saia do campo de visão...” (sic). Demonstra ainda preocupação que se prevê, agravar com os tempos futuros “...sei que ela não vai melhorar...piorar é uma carga demasiado grande para eu carregar sozinha...” (sic).

Voltei a reforçar as conquistas adquiridas até agora e que os obstáculos têm sempre um ponto de vista a ser considerado: - Podemos influenciar o rumo? Se sim, devemos decidir e focar no objetivo final, se é algo que não está ao nosso alcance, não devemos nem podemos concentrar lá a nossa energia e foco.

12ª Sessão

Foi feita a pesquisa do humor da paciente que apresentou ser hipertímico, com uma aparência agradável e, novamente um brilho no olhar.

Demonstrou gratificação por tudo o que foi realizado e adquirido ao longo das sessões “...levo lições para a vida...hoje de manhã fiz uma caminhada antes de a minha mãe acordar...” (sic). Foi questionada se tinha dúvidas ou se havia alguma observação a fazer. Foi indicado o encaminhamento para continuidade de Terapia pois, com a falta de acompanhamento psicológico, uma recaída neste momento próximo poderia ser um gatilho para deitar a perder os ganhos alcançados. A mesma concorda e lamenta que o mesmo não possa prosseguir comigo apesar de compreender as questões subjacentes a esta situação.

Reflexão

A empatia é um fator decisivo no sucesso da aplicação de qualquer Terapia na área da Psicologia. Questões de confidencialidade e de liberdade de expressão sem julgamentos também contribuem para o sucesso da mesma, mas, sem haver um fator desencadeante de ligação, não sinto que os pacientes sejam honestos (na maioria das vezes com eles próprios, seja por ausência de consciência crítica ou com receio da crítica) no que expressam, usando como confirmativo, a linguagem não-verbal que por eles não pode ser falsária.

No que diz respeito à intervenção utilizada, estou satisfeita com a mesma e os progressos que esta assumiu de forma visível, na vida da paciente. A sintomatologia depressiva e ansiosa condicionava várias áreas na vida de C. T. o, que era algo que eu poderia trabalhar e incutir ferramentas proveitosas para a mesma.

Relativamente à aplicação do Relaxamento Progressivo de Jacobson, o intuito do mesmo foi proporcionar à paciente sempre uma relação da consulta a um ambiente de tranquilidade, tentando com isto ganhos terapêuticos não só para a paciente, mas para a promoção da continuidade da mesma em vir às consultas, completando assim o ciclo terapêutico traçado.

A aceitação da paciente em dar continuidade a este processo deveu-se maioritariamente à preocupação com a saúde da mãe e isto, levar a mesma a um estado de Ansiedade exacerbado.

No meu ponto de vista, este caso permitiu colocar em prática ferramentas que ainda não tinha utilizado, bem como consolidar conhecimentos previamente adquiridos, sendo de salientar que não é tudo linear e subjetivo e cada caso é merecedor de uma atenção especial.

III. Conclusão

Nesta etapa de percurso académico, a conhecida como reta final, a frase que mais me incutiram foi “Em cada atividade tem de existir a correspondência ao objetivo geral, aos objetivos pessoais, aos recursos humanos e aos materiais necessários.” Esta foi sem dúvida a maior dificuldade. Fazer cumprir determinadas regras e horários, num meio ambiente novo e desconhecido, tentar gerir isto com a nossa própria vida, com os nossos conflitos pessoais, com os nossos valores, defeitos e qualidades, sem sombra de dúvida que foi um desafio. Não diria o maior, porque espero que, como tudo na vida, seja uma fase de autoconhecimento, crescimento pessoal e de maior responsabilidade, mas foi um desafio muito agriçoso.

Relativamente á adapçãõ a este local de estágio não foi, de todo, a mais simples, devido a características próprias da prática clínica em contexto hospitalar e ao ritmo alucinante característicos destes serviços, que tem um elevado número de pacientes. Como também acontece em qualquer contexto laboral, diferentes personalidades e divergência de ideias estão bem presentes na atividade de cada profissional. Cada um tem o seu método de trabalho e aponto como crítica o orientador nos ser pré-atribuído, assim como o tipo de grupo terapêutico que dirigimos e que auxiliamos. Deveria nos ser dada a oportunidade de escolha, após observador cada um e cada área. Nesta altura, já afunilamos mais os nossos gostos e torna-se gratificante exercer numa área que nos satisfaz e realiza. Existiram adversidades no início de cada atividade nova.

No que tocou á direção de um grupo terapêutico, este foi pré-definido pelo meu orientador e foi necessário elaborar um manual terapêutico para paciente e para terapeuta, definir horário e frequência, estabelecer regras internas do grupo, preparar cada sessão ao pormenor inclusive o material necessário para a mesma, selecionar pacientes atribuídos e atualizar o meu conhecimento a respeito dessa temática. Maioritariamente, os materiais utilizados para a intervenção foram elaborados por mim. Isto tudo, com a posterior aprovaçãõ do meu orientador.

Nem sempre foi fácil encontrar a informação pretendida e conseguir o material necessário o que levou tempo e alguma paciência. Facto que levou muitas vezes a mudança de planos e a ter que optar por outra solução. Outro ponto positivo que este estágio me trouxe: ter sempre um plano B para imprevistos.

A realização diária de relatórios e de notas de consultas também demorou a ser o mais correta possível. Apropriar a linguagem, a utilização de termos médicos, a descrição concisa e seleção de informação relevante foram alguns dos problemas com que me debati durante este estágio. Felizmente, o interesse e disponibilidade de alguns profissionais deste serviço, correspondeu às minhas necessidades e, constantemente, eu melhorava a minha redação diária. Também nem sempre foi fácil encontrar instrumentos avaliativos para dar resposta a algumas necessidades dos casos que me foram atribuídos, devido á ausência dos mesmos neste departamento.

Poder pôr em prática os conhecimentos que foram absorvidos durante a licenciatura foi gratificante. Deu para nos defrontarmos com os desafios da atividade clínica que, por sinal, não são poucos nem fáceis.

Faço aqui também uma referência especial aos Cuidados Paliativos, serviço o qual me acolheu tão bem e me ensinou imenso. Não foi um início fácil, pois nem todos temos a mesma forma de ser e interagir, mas com paciência e demonstração de competência, gradualmente, o serviço foi ficando mais leve, fácil e prazeroso de certa forma.

Os termos médicos utilizados, a forma como se interage com paciente, com os quais é necessário ter um cuidado especial, a união que demonstraram ser necessária para criar uma Equipa Multidisciplinar funcional e consistente, mas principalmente, por nos deixarem fazer parte desta equipa e sempre, sempre nos tratarem como parte integrante da mesma. Intervir na qualidade de vida de quem já não espera grandes desenvolvimentos positivos da mesma, foi das experiências mais desafiantes para mim. Proporcionar alívio, físico, emocional ou espiritual, e ver a diferença que pequenas mudanças fazem é deveras gratificante.

Adoro a área de Psicologia, mas foi sem dúvida o trabalho neste serviço, bem como das situações de Intervenção em Crise, que me fizeram apaixonar pelo mesmo.

Em grande parte, agradeço também à Psicóloga responsável por este serviço, não só pelos ensinamentos que sempre fez questão de partilhar, bem como pela exigência que nos ensina a executar, mas acima de tudo, pela sensibilidade de afeto e compreensão que demonstrou durante todo o estágio para com todas as nós, em qualquer momento.

Agradeço então, a todos os que de certa forma contribuíram para me ensinar a amar a arte que futuramente espero exercer.

Analisando bem, este local de estágio demonstrou-me que fui uma sortuda em poder assistir e ter contato com diversas áreas e imensas problemáticas, que esta instituição tem. Realizei imensas atividades clínicas, o que por outro lado me ocupou muito tempo e acabei por acumular outras tarefas. O que era exigido e espectável foi sempre cumprido, apesar de ter falhado inicialmente na capacidade de organizar e conciliar este estágio com as minhas restantes atividades diárias.

A escolha desta área tem uma relação direta com o que ela devolve: gratificação e compensação. E, foi exatamente isto que encontrei na verbalização de ganhos terapêuticos por parte de casos clínicos acompanhados e por parte do grupo terapêutico dirigido. As melhorias foram observáveis e comprovadas pela avaliação quantitativa das mesmas.

Como jeito de conclusão, esta etapa foi árdua, mas foi uma grande escalada no desenvolvimento pessoal e profissional. Foi uma experiência única, de constantes aprendizagens e uma luta diária para manter o foco nos objetivos, sendo o de agora, o de envergar pela profissão de Psicóloga, profissão essa, que ajuda os outros a ter uma vida melhor.

Bibliografia

- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*, 40(4), 219-221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Alves, C. A. S. (2010). *Adaptação ao cancro da mama e cancro ginecológico no período pré e pós-operatório*
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ*, 322(7283), 419-421. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7283.419>
- Ann-Yi, S., Bruera, E., Wu, J., Liu, D. D., Agosta, M., Williams, J. L., Balankari, V. R., & Carmack, C. L. (2018). Characteristics and Outcomes of Psychology Referrals in a Palliative Care Department. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.022>
- APA (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4 ed.). Artmed Editora.
- Bangasser, D. A., & Cuarenta, A. (2021). Sex differences in anxiety and depression: circuits and mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(11), 674-684. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00513-0>
- Bijl, R. V., de Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F., & Vollebergh, W. A. M. (2002). Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(8), 372-379. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0566-3>

- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública, 46*.
- Bone, J. K., McCloud, T., Scott, H. R., Machin, K., Markham, S., Persaud, K., Johnson, S., & Lloyd-Evans, B. (2019, Apr). Psychosocial Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Rapid Evidence Synthesis. *EClinicalMedicine, 10*, 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.03.017>
- Bonin, L. (2018). Quality improvement in health care: The role of psychologists and psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 25*(3), 278-294.
- Caldeira, M., Baeta, E., & Peixoto, B. (2011). Preliminary validation of the Portuguese version of the INECO frontal Screening. *Journal of Neurology*,
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos–BSI In MR Simões, M. Gonçalves, & LS Almeida. *Testes e provas psicológicas em Portugal, 2*, 95-109.
- Canavarro, M. (2007). Psychopathological Symptoms Inventory: a critical review of studies in Portugal [Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal]. *Psychological evaluation: validated instruments for the Portuguese population*, 305-331.
- Caponnetto, P., Casu, M., Amato, M., Cocuzza, D., Galofaro, V., La Morella, A., Paladino, S., Pulino, K., Raia, N., Recupero, F., Resina, C., Russo, S., Terranova, L. M., Tiralongo, J., & Vella, M. C. (2021, Dec 19). The Effects of Physical Exercise on Mental Health: From Cognitive Improvements to Risk of Addiction. *Int J Environ Res Public Health, 18*(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413384>

Carnero-Pardo, C., & Montoro-Ríos, M. (2004). Test de las fotos. *Rev Neurol*, 39(9), 801-806.

Carvalho, C. C. M. d., & Cunha, M. O. (2014). *Validação da versão portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC) ISMT*.

Casaletto, K. B., & Heaton, R. K. (2017). Neuropsychological Assessment: Past and Future. *J Int Neuropsychol Soc*, 23(9-10), 778-790.
<https://doi.org/10.1017/s1355617717001060>

Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2022). Cognitive behavior therapy. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005, Aug 20). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 23(24), 5520-5525.
<https://doi.org/10.1200/jco.2005.08.391>

Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L. J., Harlos, M., Sinclair, S., & Murray, A. (2008, 2008/12/01/). The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6), 559-571.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>

Chomienne, m. h., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Pierre, R., & Farmanova, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: Doctors' and patients' perspectives. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17, 282-287.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01437.x>

- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. (2009). *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement 7th Edition*. McGraw–Hill Primis.
- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Durlak, J. A. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *J Couns Psychol*, 64(2), 121-140. <https://doi.org/10.1037/cou0000190>
- Costa, F. J. (2011). *Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração*. Ciência Moderna.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry*, 57(1), 21-27. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.21>
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Front Psychiatry*, 9, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). The brief symptom inventory (BSI): Administration, scoring and procedures, Manual I. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.

- Dias, E., Pinto, J., Lopes, J. P., Rocha, R., Carnero-Pardo, C., & Peixoto, B. (2015). Phototest: Normative data for the Portuguese population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(2), 59-62.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.09.004>
- Draaisma, L. R., Wessel, M. J., & Hummel, F. C. (2020). Non-invasive brain stimulation to enhance cognitive rehabilitation after stroke. *Neuroscience Letters*, 719, 133678.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neulet.2018.06.047>
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2007). *Análise e Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada*. Livraria Santos Editora.
- Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579-585. <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
- Finset, A., & Ørnes, K. (2017). Empathy in the Clinician-Patient Relationship: The Role of Reciprocal Adjustments and Processes of Synchrony. *J Patient Exp*, 4(2), 64-68.
<https://doi.org/10.1177/2374373517699271>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(9), 989-996.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian J Psychiatry*, 62(Suppl 2), S223-s229.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19

- Gerontoukou, E. I., Michaelidou, S., Rekleiti, M., Saridi, M., & Souliotis, K. (2015). Investigation of Anxiety and Depression in Patients with Chronic Diseases. *Health Psychol Res*, 3(2), 2123. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.2123>
- Gomes, J. C. V. (2011). *Inteligência emocional, qualidade de vida e seus correlatos em doentes oncológicos em quimioterapia* Universidade Fernando Pessoa (Portugal)].
- Gonçalves, P. J. B. (2022). *The indirect costs of depression on the Portuguese population in 2014 and 2019* Universidade Nova de Lisboa]. Lisboa.
- Gopi, Y., Wilding, E., & Madan, C. R. (2022). Memory rehabilitation: restorative, specific knowledge acquisition, compensatory, and holistic approaches. *Cognitive Processing*, 23(4), 537-557. <https://doi.org/10.1007/s10339-022-01099-w>
- Grahek, I., Shenhav, A., Musslick, S., Krebs, R. M., & Koster, E. H. W. (2019). Motivation and cognitive control in depression. *Neurosci Biobehav Rev*, 102, 371-381. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.011>
- Grenier, J., Chomienne, M. H., Gaboury, I., Ritchie, P., & Hogg, W. (2008). Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work? *Can Fam Physician*, 54(2), 232-233.
- Gurung, R. A. (2018). *Health psychology*. Cambridge University Press.
- Haase, V. G., Salles, J. F. d., Miranda, M. C., Malloy-Diniz, L., Abreu, N., Argollo, N., Mansur, L. L., Parente, M. A. d. M. P., Fonseca, R. P., Mattos, P., Landeira-Fernandez, J., Caixeta, L. F., Nitrini, R., Caramelli, P., Teixeira Junior, A. L., Grassi-Oliveira, R., Christensen, C. H., Brandão, L., Silva Filho, H. C. d., Silva, A. G. d., & Bueno, O. F. A. (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso

da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia.
Neuropsicologia Latinoamericana, 4, 1-8.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792012000400001&nrm=iso

Harvey, P. D. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessment. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(1), 91-99. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.1/pharvey>

Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship*. Guilford.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6). Guilford press.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Holroyd K, P. D., Rains J., In: . (2008). *Behavioral management of headaches* (8, Ed.). Oxford University Press.

Hutz, C. S. (2015). O que é avaliação psicológica: métodos, técnicas e testes. *Psicometria*, 11-21.

Irazoki, E., Contreras-Somoza, L. M., Toribio-Guzmán, J. M., Jenaro-Río, C., van der Roest, H., & Franco-Martín, M. A. (2020). Technologies for Cognitive Training and Cognitive Rehabilitation for People With Mild Cognitive Impairment and Dementia. A Systematic Review [Systematic Review]. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00648>

Israelashvili, J., Sauter, D. A., & Fischer, A. H. (2020). Different faces of empathy: Feelings of similarity disrupt recognition of negative emotions. *Journal of Experimental Social Psychology*, *87*, 103912. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jesp.2019.103912>

Jacobson, E. P., 1976. (1976). *You must relax*. McGraw-Hill.

Joshua E. Curtiss , Ph.D. , Daniella S. Levine , B.A. , Ilana Ander , B.A. , & Amanda W. Baker , Ph.D. (2021). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *FOCUS*, *19(2)*, 184-189. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>

Julião, M. (2016). *Terapia da Dignidade*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*, *17(3)*, 337-346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>

Kapczinski, F., & Margis, R. (2004). *Transtorno de Ansiedade Generalizada*. Artes Médicas.

Karekla, M., Höfer, S., Plantade-Gipch, A., Neto, D. D., Schjødt, B., David, D., Schütz, C., Eleftheriou, A., Pappová, P. K., & Lowet, K. (2021). The role of psychologists in healthcare during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychology Open*.

Kasl-Godley, J. E., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist*, *69(4)*, 364-376. <https://doi.org/10.1037/a0036735>

- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349-357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*, 74(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00426-3)
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D., & Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(12), 983-998. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0388-z>
- Lima, M., & Simões, A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO-PI-R: Resultados da aferição portuguesa. *Psychologica*, 18, 25-46.
- Lotfaliany, M., Bowe, S. J., Kowal, P., Orellana, L., Berk, M., & Mohebbi, M. (2018). Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 241, 461-468. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.011>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1996). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21, DASS-42). *APA PsycTests*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/t01004-000>

Mandolesi, L., Polverino, A., Montuori, S., Foti, F., Ferraioli, G., Sorrentino, P., & Sorrentino, G. (2018). Effects of Physical Exercise on Cognitive Functioning and Wellbeing: Biological and Psychological Benefits. *Front Psychol*, 9, 509. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00509>

Matthews, A. (2019). Writing through grief: Using autoethnography to help process grief after the death of a loved one. *Methodological Innovations*, 12(3), 2059799119889569. <https://doi.org/10.1177/2059799119889569>

McCubbin, H. I., & Thompson, A. I. (1986). *Family Hardiness Index* (2 ed.). University of Wisconsin.

McIntyre, T., Pereira, M., Soares, V., Gouveia, J., & Silva, S. (1999). Escala de ansiedade e depressão hospitalar. *Versão portuguesa de investigação. Braga: Universidade do Minho.*

Mesquita, A. C., & Carvalho, E. C. d. (2014). A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 1127-1136.

[Record #114 is using a reference type undefined in this output style.]

Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2012). Is depression a chronic mental illness? *Psychological Medicine*, 42(5), 899-902. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002066>

Morrison, V., & Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Pearson Education.

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*, 8(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>

Moulson, H., Sanders, S., Coppin, S., & Meyrick, J. (2020). What psychosocial interventions work to reduce hospital admissions in people with diabetes and elevated HbA1c: a systematic review of the evidence. *Diabetic Medicine*, 37(8), 1280-1290. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dme.14332>

Narmetova, Y., Kuldosheva, G., & Bekmirov, T. (2021). The Psychological Services Role in the Psychodiagnostics and Psychocorrection of Psychosomatic Patients in the Psychoemotional Situation. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*, 8(12), 249-256.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005, Apr). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

Nisar, H., & Srivastava, R. (2018). Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of contemporary Medicine surgery and radiology*, 3(1), 12-18.

O'Connor, M. F. (2019). Grief: A Brief History of Research on How Body, Mind, and Brain Adapt. *Psychosom Med*, 81(8), 731-738. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000717>

OMS. (2022). *Palliative care*. Retrieved 15-09-2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Pais-Ribeiro, J. L. (2013). Medida na avaliação psicológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 245-263.

Peixoto, B., Machado, M., Rocha, P., Macedo, C., Machado, A., Baeta, É., Gonçalves, G., Pimentel, P., Lopes, E., & Monteiro, L. (2018, Jun). Validation of the Portuguese version of Addenbrooke's Cognitive Examination III in mild cognitive impairment and dementia. *Adv Clin Exp Med*, 27(6), 781-786.
<https://doi.org/10.17219/acem/68975>

Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A., & Schulz, R. (2009, Sep). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosom Med*, 71(7), 725-732.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ad7978>

Ramos, V. (2016). O Processo De Luto. Portal dos Psicólogos. 1646-6977.

Rangé, B. (2011). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. *Porto Alegre: Artmed, Ed, 2*.

Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-2239.

Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 607-628.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>

Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 119-128.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>

- Shi, P., Yang, A., Zhao, Q., Chen, Z., Ren, X., & Dai, Q. (2021). A Hypothesis of Gender Differences in Self-Reporting Symptom of Depression: Implications to Solve Under-Diagnosis and Under-Treatment of Depression in Males [Review]. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.589687>
- Simões, M., Rocha, A. M., & Ferreira, C. (2003). *WISC-III, Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças* (3 ed.). CEGOC-TEA.
- Sousa, R. D. d., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and Depression in the Portuguese Older Adults: Prevalence and Associated Factors [Original Research]. *Frontiers in Medicine*, 4. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 50. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.
- Teixeira, J. A. C., & Trindade, I. (2002). Psicologia em serviços de saúde Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise psicológica*, 20(1), 171-174.

- Theut, S. K., Jordan, L., Ross, L. A., & Deutsch, S. I. (1991). Caregiver's anticipatory grief in dementia: a pilot study. *Int J Aging Hum Dev*, 33(2), 113-118.
<https://doi.org/10.2190/4kyg-j2e1-5kem-leba>
- Torrvalva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): a brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *J Int Neuropsychol Soc*, 15(5), 777-786.
<https://doi.org/10.1017/s1355617709990415>
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2012). Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: Descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia. *Psychology, Community & Health*, 1, 300-312.
- Voinov, B., Richie, W. D., & Bailey, R. K. (2013). Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *The primary care companion for CNS disorders*, 15(2), 26226.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4088/PCC.12r01468>
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of family & community medicine*, 12(2), 63.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children Third Edition manual* (3 ed.). The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III)*. New York, NY: *The Psychological Corporation*.
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-III: Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos* (3 ed.). CEGOC-TEA.

Zawadzki, M. J., Smyth, J. M., & Costigan, H. J. (2015, 2015/08/01). Real-Time Associations Between Engaging in Leisure and Daily Health and Well-Being. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(4), 605-615. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9694-3>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zung, W. W. K. (1971). A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)

ANEXOS

Anexo I

Cuidados Paliativos

ANEXOS - INSTRUMENTOS

PROTÓCOLO DO DOENTE PALLATIVO

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Informado



 Pág. 1/1
 DTM_Mat_HRP
 01.02.2016.0214

Investigação Clínica

Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação

O termo de consentimento informado deve ser específico do Estudo de Investigação (o modelo deve ser adaptado ao estudo em causa, acrescentando outros dados considerados pertinentes no eliminando partes não aplicáveis). Compete ao Investigador Responsável ou ao(s) elemento(s) da equipa de investigação em que ele delegar, prestar aos Participantes do estudo as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE INTERVENÇÃO TERAPÉUTICA BASEADA NO MODELO DA DIGNIDADE EM DOENTES EM FIM DE VIDA E NO PROCESSO DE LUTO DOS SEUS FAMILIARES

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender as minhas dificuldades em lidar com a minha doença.
 Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista e o preenchimento de vários questionários, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus benefícios para a comunidade científica.
 Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.
 Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.
 Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.
 Aceito participar de livre vontade no estudo acima.
 Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meu científico, garantindo o anonimato.

Participante no estudo:

Data Assinatura

Investigador Responsável:

Data Assinatura

ANEXO 2 – Questionário Clínico – Informações do Doente



 Pág. 1/1
 DTM_Mat_HRP
 P
 01.02.2016

Investigação Clínica

Questionário Clínico – Informações do doente

Nº do processo: _____

1. Data de nascimento: _____ Idade: _____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. ECOG: _____ ECCP: _____ PPCS: _____

4. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a)/União de facto
 Separado(a)/Divorciado(a) Viúvo(a) Outro

5. Filhos (nomes e idades): _____

6. Netos ou outros familiares significativos (nomes e idades): _____

7. Profissão: _____

8. Hobbies/ Atividades que gosta de fazer: _____

9. Diagnóstico: _____

10. O que sabe sobre a sua doença (tem conhecimento? Há quanto tempo?)

11. Realização do diagnóstico entre: 1-3 meses¹ 3-6 meses¹
 6-12 meses¹ 12-24 meses¹ + de 25 meses¹

12. Costuma conversar com alguém acerca da sua doença?

13. Início do acompanhamento por Cuidados Palliativos entre:



 Pág. 1/1
 DTM_Mat_HRP
 P
 01.02.2016

Investigação Clínica

1-3 meses¹ 3-6 meses¹ 6-12 meses¹ 12-24 meses¹ + de 25 meses¹

ANEXO 3 - Termómetros Emocionais

Termómetros Emocionais (TE_i)

Unidade de Investigação de L.I. Tereza R.F.G. Pereira - Universidade de Méica, 2003

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda
Extremo(a)	10	10	10	10	10
	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1
Nenhuma(a)	0	0	0	0	0

Desesperadamente precisa de ajuda
De momento, não sei se a saber lidar com a situação
Preciso muito de ajuda
De facto, preciso de ajuda
Qualquer ajuda é bem-vinda
Costa-me de conversar mais sobre como lidar com a situação
Estou a considerar pedir ajuda
Perguntava ocasionalmente se preciso de ajuda, mas não sabia
De momento, não necessito de ajuda
Estou a lidar bem com a situação
Estou a lidar muito bem com a situação

Adaptado de: Jelicic, T. (2004). *How to Die*.

8	O huto dos outros quando estiver à beira da morte					
---	---	--	--	--	--	--

A MORTE DE OUTROS	Muito		Algumas vezes		Nada
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

O MORRER DE OUTROS	Muito		Algumas vezes		Nada
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 4 - Collet Lester Fear of Death Scale (FODS)

Escala de medo da morte de Collet-Lester - Versão Revisada (Lester, C., 1990)

Que nível de perturbação ou ansiedade lhe provocam os seguintes aspetos relacionados com a morte e o ato de morrer. Leia cada item e responda com rapidez. Não dispense muito tempo a pensar na sua resposta. O que pretendemos é obter a sua primeira impressão do seu pensamento. Coloque uma cruz no número que melhor representa os seus sentimentos.

A SUA PRÓPRIA MORTE	Muito		Algumas vezes		Nada
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

O SEU PRÓPRIO MORRER	Muito		Algumas vezes		Nada
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

ANEXO 5 - Entrevista de Satisfação com a Terapia da Dignidade

ENTREVISTA COM O DOENTE

- Fale-me de como viveu o processo de terapia. Foi importante para si? De que maneira?
- Como foi para si o processo de elaboração da carta?
- Como espera que esta carta seja recebida por sua família?
- O que é para si viver e morrer com dignidade?

ANEXO 6 - Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS)

Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu

The Emotion Regulation of Others and Self (EROS) Scale (Niven et al., 2011)
Versão de Investigação de R.J. Teixeira, A. Pereira, & C. Chaves (2013)
Departamento de Educação, Universidade de Aveiro

Há ocasiões em que as pessoas tentam fazer os outros sentirem-se melhor (por exemplo, mais felizes, mais calmos, menos ansiosos, menos irritados) e ocasiões em que elas tentam fazer os outros sentirem-se pior (por exemplo, menos alegres, menos animados, mais zangados, mais preocupados).

Nas últimas 2 semanas, em que medida você usou as seguintes estratégias para influenciar o forma como alguém se sentia. Não importa se as estratégias funcionaram ou não, apenas em que medida você as usou.

	1. De modo nenhum	2. Apenas um pouco	3. De forma moderada	4. Bastante	5. Em grande medida
SUBESCALA EXTRINSECA - Como é que você lida com os sentimentos das outras pessoas:					
1. Dei conselhos úteis a alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia					
2. Aporrei a alguém os seus defeitos para tentar fazê-lo sentir-se pior					
3. Fiz algo de bom a alguém para tentar que este se sentisse melhor					
4. Agi de forma irritada com alguém para tentar fazê-lo sentir-se pior					
5. Expliquei a alguém como me magoou a mim ou outros, para tentar que a pessoa se sentisse pior					
6. Assinaléi as características positivas do alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia					
7. Fiz fit a alguém para tentar fazê-lo sentir-se melhor					
8. Escutei os problemas de alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia					
9. Passei tempo com alguém para tentar melhorar a forma como ele(a) se sentia					
SUBESCALA INTRINSECA - Como é que você lida com os seus próprios sentimentos:					
1. Procurei problemas na minha situação atual para me fazer sentir pior					
2. Pensei nas minhas características positivas para me fazer sentir melhor					
3. Ri-me para tentar melhorar o que estava a sentir					
4. Expresséi-me com carinho para me tentar fazer sentir pior					
5. Pensei sobre os meus defeitos para me fazer sentir pior					
6. Fiz algo que gosto para tentar melhorar o que eu sinto					
7. Procurei apoio de outras pessoas para me tentar fazer sentir melhor					
8. Pensei sobre experiências negativas para me tentar fazer sentir pior					
9. Pensei em algo agradável para me tentar fazer sentir melhor					
10. Pensei em aspectos positivos da minha situação para tentar melhorar o que sinto					

Melhoria extrínseca do afecto: Média dos itens 1, 3, 6, 7, 8, 9
Pioria extrínseca do afecto: Média dos itens 2, 4, 5

Melhoria intrínseca do afecto: Média dos itens 2, 3, 8, 7, 9, 10
Pioria intrínseca do afecto: Média dos itens 1, 4, 5, 8

ANEXO 7 – Escala de Dignidade

Escala de Dignidade

Por favor, indique em que medida cada um dos seguintes itens tem sido um problema ou preocupação para si nos últimos dias.

1. Não ser capaz de realizar tarefas relacionadas com a vida de todos os dias (por exemplo, lavar-me, vestir-me).				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
2. Não ser capaz de realizar, sem auxílio, actividades relacionadas com o meu corpo e higiene pessoal (exemplo: prestar de ajuda nas lidas a casa de banho).				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
3. Sentir sofrimento físico (dor, falta de ar, enjoos, etc.).				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
4. Sentir que a imagem que os outros têm de mim se alterou significativamente.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
5. Sentir-me deprimido/a.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
6. Sentir-me ansioso/a.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
7. Sentir incerteza quanto à minha doença e tratamento.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
8. Preocupar-me com o meu futuro.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme

9. Não ser capaz de pensar com clareza.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

10. Não ser capaz de continuar com as rotinas habituais.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

11. Sentir que já não sou quem era antes.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

12. Não me sentir com valor ou valorizada/a.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

13. Não ser capaz de manter papéis importantes (marido ou esposa, pai ou mãe, etc.).

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

14. Sentir que a vida já não tem significado ou objectivos.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

15. Sentir que, durante a minha vida, não dei nenhum contributo significativo ou duradouro.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

16. Sentir que detei "coisas por acabar", (exemplo, coisas que não disse ou não acabei).

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

17. Preocupar-me que a minha vida espiritual não seja satisfeita.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

18. Sentir que sou um fardo para os outros.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

19. Sentir que não tenho controlo sobre a minha vida.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

2

20. Sentir que a minha doença e os cuidados de que necessito reduzem a minha privacidade.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

21. Não me sentir apoiado/a pelo meu grupo de amigos e família.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

22. Não me sentir apoiado/a pelos profissionais de saúde.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

23. Sentir que, mentalmente, já não sou capaz de "lutar" pelos desafios da minha doença.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

24. Não ser capaz de aceitar as coisas tal como elas estão.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

25. Não ser tratado/a pelos outros com respeito ou compreensão.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

3

PROTÓCOLO DOS FAMILIARES CUIDADORES
ANEXO 8 - Termo de Consentimento Informado



Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação

O termo de consentimento informado deve ser específico do Estudo de Investigação. O modelo deve ser adaptado ao estudo em causa, acrescentando todos os dados consideráveis pertinentes ou eliminando partes não aplicáveis. Compete ao Investigador Responsável ou ao(s) membro(s) da equipa de investigação em que se delega, prestar aos Participantes do estudo as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE INTERVENÇÃO TERAPÉUTICA BASEADA NO MODELO DA DIGNIDADE EM DOENTES EM FIM DE VIDA E NO PROCESSO DE LUTO DOS SEUS FAMILIARES

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender as minhas dificuldades em lidar com a minha doença. Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista e o preenchimento de vários questionários, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus benefícios para a comunidade científica. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Participante no estudo: _____ Assinatura: _____
Data: _____

Investigador Responsável: _____ Assinatura: _____
Data: _____

ANEXO 9 - Questionário Sociodemográfico



Questionário Sociodemográfico

Nº do Questionário: Nº Processo: _____

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: _____ Contacto: _____

3. Nº ILL.C.C.: _____ Nº Utente: _____

Nº Segurança social: _____

4. Endereço: _____

5. Distrito: _____

6. Sexo: Feminino Masculino

7. Estado civil: Solteiro(a) Casado(a)/União de facto

Separado(a)/Divorciado(a) Viúvo(a) Outro _____

8. Grau de parentesco com o doente em Cuidados Paliativos:

Pai/Mãe Filhos(a) Neto(a) Esposa/Marido

Irmão/Irmã Outro _____

9. É o cuidador principal? Sim Não Se não, quem? _____

10. Escolaridade: Não frequentou a Escola 1º Ciclo (Escola Primária)

2º Ciclo (5ª e 6ª ano de escolaridade) 3º Ciclo (7ª, 8ª e 9ª anos)

Secundário (10ª, 11ª, 12ª anos) Ensino Técnico (médio ou profissional)

Ensino Superior ou Universitário

11. Situação ocupacional: Ativa Desempregada Sob atestado médico

Reformada Nunca trabalhou Estudante Outro caso: _____

12. Profissão: _____

13. Quem o(a) informou? _____

14. Como reagiu? _____

15. Desde que o seu familiar está doente, teve ou tem apoio psicológico e/ou psiquiátrico?
 Sim Se sim, há quanto tempo? _____
 Não Se não teve, acha que seria importante? _____

16. Toma psicofármacos desde que o seu familiar está doente?
 Não Sim Se sim, quais? _____
 Ansiolíticos Anti-depressivos Para dormir Outros: _____

17. E antes disso, alguma vez foi seguido por:
 Psicologia Psiquiatria Ambos
 Se sim, há quanto tempo? _____
 Que medicação lhe foi prescrita?
 Ansiolíticos Anti-depressivos Para dormir Outros: _____

18. Costuma conversar com alguém acerca da doença do seu familiar?
 Não Sim Se sim, com quem? Marido/Esposa Filho(s) Irmão/Irmã Amigos
 Outros: _____

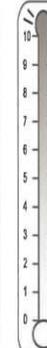
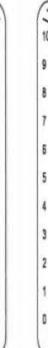
19. Na sua opinião, estão a ser prestados ao seu familiar todos os cuidados de que necessita? Sim Não Se não, o que está a faltar?

ANEXO 10 - Termómetros Emocionais
Termómetros Emocionais (TE's)

Versão de Investigação de R.L. Teixeira & P.C. Almeida - Universidade de Maia, 2022

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda
Extrem(a)					
Neutra(a)					
					Desagradavelmente preciso de ajuda De momento, não estou a saber lidar com a situação Preciso muito de ajuda De facto, preciso de ajuda Qualquer ajuda é bem-vinda Gostaria de conversar mais sobre como posso ajudar Estou a considerar pedir ajuda Pergunto-me constantemente se preciso de ajuda, mas não a quero De momento, não necessito de ajuda Estou a lidar bem com a situação Estou a lidar muito bem com a situação

Adaptado de Dimes Therapeutic, 2022, via NetMind

ANEXO 11 - Escala de Luto Antecipatório (ELA)

Escala de Luto Antecipatório

As seguintes afirmações representam sentimentos e atitudes de alguns dos familiares de doentes com cancro. Responda às afirmações consoante o que está a sentir neste momento. Leia as afirmações com cuidado e circule o número à direita que melhor reflete o quão concorda ou discorda com cada uma delas.

1= Discordo totalmente, 2= Discordo, 3= Nem concordo, nem discordo, 4=Concordo, 5= Concordo Totalmente

1. Sonho acordado/a sobre como era a vida com o meu familiar, antes de lhe ter sido diagnosticado cancro.	1 2 3 4 5
2. Sinto-me próximo/a do meu familiar que tem cancro.	1 2 3 4 5
3. Sinto-me mais irritável desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
4. Estou preocupado/a acerca dos pensamentos em relação ao meu familiar e a sua doença.	1 2 3 4 5
5. Descobri novos recursos pessoais desde que a doença do meu familiar foi diagnosticada.	1 2 3 4 5
6. Sinto muita falta da maneira que o meu familiar costumava ser.	1 2 3 4 5
7. Sinto-me muito sozinho/a desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
8. Sou capaz de seguir com a minha vida.	1 2 3 4 5
9. Cuido-me pela doença do meu familiar.	1 2 3 4 5
10. Acho difícil concentrar-me no trabalho desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
11. Tenho recursos pessoais que me ajudam a lidar com o meu familiar e a sua doença.	1 2 3 4 5
12. Tenho períodos de choro quando penso na presença da doença do meu familiar.	1 2 3 4 5
13. Sinto-me afastado/distanciado do meu familiar.	1 2 3 4 5
14. Sinto necessidade de falar com outras pessoas sobre a doença do meu familiar.	1 2 3 4 5
15. Sinto que é injusto que o meu familiar tenha cancro.	1 2 3 4 5
16. Tenho dificuldades em dormir desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
17. Ninguém irá substituir o meu familiar na minha vida.	1 2 3 4 5
18. Evito algumas pessoas desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
19. Sinto que me ajudei a doença do meu familiar.	1 2 3 4 5
20. Desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro, acho mais difícil de conviver com certas pessoas.	1 2 3 4 5
21. Imagino sobre como seria a minha vida se o meu familiar não tivesse sido diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
22. Sinto-me mais competente desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
23. Fico irritado/a quando penso que o meu familiar tem cancro.	1 2 3 4 5
24. Desde que o cancro foi diagnosticado ao meu familiar, não sinto interesse em acompanhar as atividades do dia-a-dia (Televisão, jornais, amigos).	1 2 3 4 5
25. Sou incapaz de aceitar que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
26. Agora sou capaz de fazer bem as coisas como fazia antes de o meu familiar ter sido diagnosticado com cancro.	1 2 3 4 5
27. Estou a fazer planos para o futuro.	1 2 3 4 5

ANEXO 13 - Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS)

Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu

The Emotion Regulation of Others and Self (EROS) Scale (Niven et al., 2011)
Versão de Investigação de R. J. Talsseira, A. Pereira, B. C. Chaves (2013)
Departamento de Educação, Universidade de Aveiro

Há ocasiões em que as pessoas tentam fazer os outros sentirem-se melhor (por exemplo, mais felizes, mais calmos, menos ansiosos, menos irritados) e ocasiões em que elas tentam fazer os outros sentirem-se pior (por exemplo, menos alegres, menos animados, mais zangados, mais preocupados).

Nas últimas 2 semanas, em que medida você usou as seguintes estratégias para influenciar a forma como alguém se sentia. Não importa se as estratégias funcionaram ou não, apenas em que medida você as usou.

	1. De modo nenhum	2. Apenas um pouco	3. De forma moderada	4. Bastante	5. Em grande medida
SUBESCALA EXTRÍNSECA - Como é que você lida com os sentimentos dos outros pessoas:					
1. Dei conselhos úteis a alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia.					
2. Aporrei a alguém os seus defeitos para tentar faz-lo sentir-se pior.					
3. Fiz algo de bom a alguém para tentar que este se sentisse melhor.					
4. Ape de forma irritada com alguém para tentar faz-lo sentir-se pior.					
5. Expliquei a alguém como me magoou a mim ou outros, para tentar que a pessoa se sentisse pior.					
6. Assinalei as características positivas de alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia.					
7. Fiz re a alguém para tentar faz-lo sentir-se melhor.					
8. Encontrei os problemas de alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia.					
9. Passei tempo com alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia.					
SUBESCALA INTRÍNSECA - Como é que você lida com os seus próprios sentimentos:					
1. Procurei problemas na minha situação atual para me fazer sentir pior.					
2. Pensei nas minhas características positivas para me fazer sentir melhor.					
3. Fi-me para tentar melhorar o que estava a sentir.					
4. Expressei-me com carinho para me tentar fazer sentir pior.					
5. Pensei sobre os meus defeitos para me fazer sentir pior.					
6. Fiz algo que gostei para tentar melhorar o que eu sentia.					
7. Procurei apoio de outras pessoas para me tentar fazer sentir melhor.					
8. Pensei sobre experiências negativas para me tentar fazer sentir pior.					
9. Pensei em algo agradável para me tentar fazer sentir melhor.					
10. Pensei em aspectos positivos da minha situação para tentar melhorar o que sentia.					

Melhoria extrínseca do afecto: Média dos itens 1, 3, 6, 7, 8, 9

Pioria extrínseca do afecto: Média dos itens 2, 4, 5

Melhoria intrínseca do afecto: Média dos itens 2, 3, 6, 7, 9, 10

Pioria intrínseca do afecto: Média dos itens 1, 4, 5, 8

ANEXO 12 - Entrevista de Avaliação da Terapia da Dignidade

ENTREVISTA COM OS FAMILIARES CUIDADORES

1. Falo-me de como vivencio o processo de terapia do seu familiar.
2. O que percebe como positivo? E como negativo? Foi importante para si? De que maneira?
3. Como foi para si receber a carta?
4. Qual a importância que isto teve em sua vida?
5. Receber esta carta teve alguma influência na maneira como tem vivenciado a morte do seu familiar?

ANEXO 14 - Brief Symptom Inventory (BSI)

BSI 18 - Brief Symptom Inventory 18

(Versão original: Derogatis, 2000; Versão portuguesa: Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009)

Instruções:

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm. Leia atentamente cada um e selecione a resposta que melhor descreve até que ponto esse problema o(a) perturbou ou incomodou nos últimos 7 dias, incluindo hoje. Selecione apenas uma resposta para cada pergunta (0, 1, 2, 3, 4). Não deixe nenhuma pergunta por responder. Obrigada.

Até que ponto os seguintes problemas o(a) perturbaram:

	0 Nada	1 Um pouco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Extremamente
1. Desmaios ou tonturas					
2. Não sentir interesse pelas coisas					
3. Nervosismo ou agitação interior					
4. Dores no coração ou no peito					
5. Sentir-se sozinho(a)					
6. Sentir-se tenso(a) ou nervoso(a)					
7. Náuseas ou mal-estar no estômago					
8. Sentir-se triste					
9. Assustar-se repentinamente sem razão para isso					
10. Dificuldade em respirar					
11. Sentir que não tem valor					
12. Momentos de treme ou pânico					
13. Sensação de dormência ou formigação em partes do seu corpo					
14. Sentir-se sem esperança em relação ao futuro					
15. Sentir-se tão agitado a ponto de não conseguir estar parado					
16. Sentir fraqueza em partes do seu corpo					
17. Pensamentos de acabar com a sua vida					
18. Sentir-se com medo					

ANEXO 15 - Inventário de Luto Complicado (ICG)

– ICG– Inventário de Luto Complicado (Frade e Rocha, 2016)

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após a perda de um ente querido. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente atualmente em relação a uma situação de luto.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...	0	1	2	3	4
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2	3	4
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
5. Eu sinto-me atraído pelas coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6. Não consigo evitar senti-me vangloso um a sua morte...	0	1	2	3	4
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3	4
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4
9. Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	0	1	2	3	4
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...	0	1	2	3	4
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3	4
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2	3	4
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0	1	2	3	4
17. Eu sinto-me amargurado(s) sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1	2	3	4
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4

ANEXO 16 – Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT-VR)

Inventário de Crescimento Pós-Traumático – Versão Reduzida (ICPT-VR)

Posttraumatic Growth Inventory - Short Form (Cann et al., 2010)
Versão de Investigação de Teixeira & Pereira (2011) – Escola de Psicologia, Universidade do Minho

No último ano e meio considera ter ocorrido na sua vida um acontecimento significativamente negativo ao ponto de influenciar marcadamente a sua vida? (Por exemplo: doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, assalto, entre outros).
 Sim. Qual foi o acontecimento?
 Não.

De seguida são apresentadas várias afirmações que reflectem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida na sequência do acontecimento negativo que indicou. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Em cada uma deverá assinalar a resposta que melhor traduz o grau em que experienciou essa mesma mudança.

No caso de considerar que neste período de tempo não ocorreu nenhum acontecimento significativamente negativo, deverá, na mesma, para cada afirmação, indicar o grau em que a cada mudança se tem (ou não) reflectido na sua vida no último ano e meio.

Responda ao questionário de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Não experimentei esta mudança como resultado do acontecimento.
- 1 = Experimentei esta mudança em grau muito pequeno como resultado do acontecimento.
- 2 = Experimentei esta mudança em grau pequeno como resultado do acontecimento.
- 3 = Experimentei esta mudança em grau moderado como resultado do acontecimento.
- 4 = Experimentei esta mudança em grau elevado como resultado do acontecimento.
- 5 = Experimentei esta mudança em grau muito elevado como resultado do acontecimento.

1. Mudci as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.	0	1	2	3	4	5
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.	0	1	2	3	4	5
3. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.	0	1	2	3	4	5
4. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.	0	1	2	3	4	5
5. Sinto-me mais próximo das outras pessoas.	0	1	2	3	4	5
6. Estabeleci um novo ramo para a minha vida.	0	1	2	3	4	5
7. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.	0	1	2	3	4	5
8. Tenho uma maior fé religiosa.	0	1	2	3	4	5
9. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.	0	1	2	3	4	5
10. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.	0	1	2	3	4	5

Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação - F

AValiação DA EFicácia DA INTERVENção BASEADA NA TERAPIA DA DIGNIDADE EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS FAMILIARES

Eu, abaixo assinado:

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender as minhas dificuldades em lidar com a doença.

Sei que neste estudo está prevista a realização de 2 sessões de avaliação psicológica, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os casos relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceto participar do livre vontade no estudo acima mencionado.

Concordo que sejam efectuadas as avaliações psicológicas que fazem parte deste estudo.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no âmbito científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Nome do Investigador Responsável: _____

Data: _____ Assinatura: _____

ANEXO 18 - Family Hardiness Index (FHI) – Versão Portuguesa

Family Hardiness Index (FHI) - McCubbin, McCubbin, & Thompson, 1983
(Versão portuguesa: Cunha & Ribeiro, 2009; Cunha, Magar & Ribeiro, 2016)

Instruções

Por favor, leia cada afirmação e decida em que nível descreve a sua família. A declaração é Verdadeira (3), Verdadeira na maioria das vezes (2), Falsa na maioria das vezes (1) ou Falsa (0) em relação à sua família?

Coloque um círculo no número que corresponde à sua resposta. Não deixe nenhuma afirmação em branco.

Na nossa família ...	Verdadeiro na maioria das vezes	Verdadeiro na maioria das vezes	Falsa na maioria das vezes	Falso
1. Os problemas resultam dos erros que cometemos.	3	2	1	0
2. Não vale a pena planejar antecipadamente, e ficar na expectativa, porque as coisas nunca vão resultar.	3	2	1	0
3. O nosso trabalho e esforço não são apreciados, por mais que tentemos e trabalhemos.	3	2	1	0
4. A longo prazo, as coisas más que nos acontecem são contrabalançadas com as coisas boas.	3	2	1	0
5. Sentimos que somos fortes, mesmo quando enfrentamos grandes problemas.	3	2	1	0
6. Muitas vezes, temos confiança que, mesmo nas situações difíceis, as coisas vão resolver-se.	3	2	1	0
7. Mesmo não estando sempre de acordo, podemos contar uns com os outros para nos apoiarmos quando é necessário.	3	2	1	0
8. Não nos sentimos capazes de sobreviver se nos vímos confrontados com outro problema.	3	2	1	0
9. Acreditamos que as coisas se resolvem, se trabalharmos juntos enquanto família.	3	2	1	0
10. A vida parece monótona e sem sentido.	3	2	1	0
11. Balançamos juntos e ajudamo-nos uns aos outros, aconteça o que acontecer.	3	2	1	0
12. Quando planeamos actividades em família, experimentamos coisas novas e emocionantes.	3	2	1	0
13. Ouvimos os problemas, sofrimentos e recessos uns dos outros.	3	2	1	0
14. Tentamos à fazer sempre as mesmas coisas, o que é aborrecido.	3	2	1	0
15. Encontramo-nos uns aos outros a tentar coisas novas e a ter novas experiências.	3	2	1	0
16. É melhor ficar em casa, do que sair e fazer coisas com outras pessoas.	3	2	1	0
17. Procuramos encorajar que os membros da família sejam activos e aprendam novas coisas.	3	2	1	0
18. Trabalhamos juntos para resolver os problemas.	3	2	1	0
19. A maior parte das coisas infelizes que nos acontecem deve-se à má sorte.	3	2	1	0
20. Temos consciência que as nossas vidas são controladas pelo acaso e pela sorte.	3	2	1	0

Escala de Dignidade

Por favor, indique em que medida cada um dos seguintes itens tem sido um problema ou preocupação para si nos últimos dias.

1. Não ser capaz de realizar tarefas relacionadas com a vida de todos os dias (por exemplo, lavar-me, vestir-me).

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

2. Não ser capaz de realizar, sem auxílio, actividades relacionadas com o meu corpo e higiene pessoal (exemplo: prechar de ajuda nas idas à casa de banho).

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

3. Sentir sofrimento físico (dor, falta de ar, enjoos, etc.).

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

4. Sentir que a imagem que os outros têm de mim se alterou significativamente.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

5. Sentir-me deprimido/a.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

6. Sentir-me ansioso/a.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

7. Sentir incerteza quanto à minha doença e tratamento.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

8. Preocupar-me com o meu futuro.

1. Nenhum problema 2. Um pequeno problema 3. Um problema 4. Um grande problema 5. Um problema enorme

Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA DA DIGNIDADE EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS FAMILIARES

Eu, abaixo assinado:

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender as minhas dificuldades em lidar com a doença.

Sei que neste estudo está prevista a realização de 3 sessões de intervenção psicológica e uma de acompanhamento, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Concordo que sejam efectuadas as avaliações psicológicas que fazem parte deste estudo.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Autorizo/não autorizo (marcar o que não importa) que o documento que resulta desta investigação – “A cara”, seja disponibilizada no meu processo clínico, com acesso restrito.

Nome do Participante no estudo: _____

Data _____ Assinatura _____

Nome do Investigador Responsável: _____

Data _____ Assinatura _____

9. Não ser capaz de pensar com clareza.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
10. Não ser capaz de continuar com as rotinas habituais.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
11. Sentir que já não sou quem era antes.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
12. Não me sentir com valor ou valorizado/a.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
13. Não ser capaz de manter papéis importantes (marido ou esposa, pai ou mãe, etc.).				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
14. Sentir que a vida já não tem significado ou objectivo.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
15. Sentir que, durante a minha vida, não dei nenhum contributo significativo ou duradouro.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
16. Sentir que deixei "coisas por acabar". (exemplo, coisas que não disse ou não acabei).				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
17. Preocupar-me que a minha vida espiritual não faça sentido.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
18. Sentir que sou um fardo para os outros.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
19. Sentir que não tenho controlo sobre a minha vida.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme

2

20. Sentir que a minha doença e os cuidados de que necessito reduziram a minha privacidade.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
21. Não me sentir apoiado/a pelo meu grupo de amigos e família.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
22. Não me sentir apoiado/a pelos profissionais de saúde.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
23. Sentir que, mentalmente, já não sou capaz de "lutar" pelos desafios da minha doença.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
24. Não ser capaz de aceitar as coisas tal como elas estão.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
25. Não ser tratado/a pelos outros com respeito ou compreensão.				
1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme

3

Family Hardiness Index

(FHS – McCubbin & Thompson, 1986, Versão portuguesa: Cunha & Relvas, 2008, Cunha, Major & Relvas, 2016)

Instruções

Por favor, leia cada afirmação e decida em que nível descreve a sua família. A declaração é Verdadeira (3), Verdadeira na maioria das vezes (2), Falsa na maioria das vezes (1), ou Falsa (0) em relação à sua família? Coloque um círculo no número correspondente à sua resposta. Não deixe nenhuma afirmação em branco.

Na nossa família ...	Verdadeiro	Verdadeiro na maioria das vezes	Falso na maioria das vezes	Falso
1 Os problemas resultam dos erros que cometemos.	3	2	1	0
2 Não vale a pena planejar antecipadamente, e ficar na expectativa, porque as coisas nunca vão resultar.	3	2	1	0
3 O nosso trabalho e esforço não são apreciados por mais que tentemos e trabalhemos.	3	2	1	0
4 A longo prazo, as coisas más que nos acontecem são contrabalançadas com as coisas boas.	3	2	1	0
5 Sentimos que somos fortes, mesmo quando enfrentamos grandes problemas.	3	2	1	0
6 Muitas vezes, temos confiança que, mesmo nas situações difíceis, as coisas vão resolver-se.	3	2	1	0
7 Mesmo não estando sempre de acordo, podemos contar uns com os outros para nos apoiarmos quando é necessário.	3	2	1	0
8 Não nos sentimos capazes de sobreviver se nos virmos confrontados com um problema.	3	2	1	0
9 Acreditamos que as coisas se resolvem, se trabalharmos juntos enquanto família.	3	2	1	0
10 A vida parece monótona e sem sentido.	3	2	1	0
11 Batalhamos juntos e ajudamo-nos uns aos outros, acontece o que acontecer.	3	2	1	0
12 Quando planeamos actividades em família, experimentamos coisas novas e emocionantes.	3	2	1	0
13 Ouvimos os problemas, sentimentos e receios uns dos outros.	3	2	1	0
14 Tendemos a fazer sempre as mesmas coisas, o que é aborrecido.	3	2	1	0
15 Encorajamo-nos uns aos outros a tentar coisas novas e a ter novas experiências.	3	2	1	0
16 É melhor ficar em casa, do que sair e fazer coisas com outras pessoas.	3	2	1	0
17 Procuramos encorajar que os membros da família sejam activos e aprendam coisas novas.	3	2	1	0
18 Trabalhamos juntos para resolver os problemas.	3	2	1	0

PARTE 2

De seguida, por favor classifique quão **consistentes** as suas ações têm sido com cada um dos seus valores. Por favor note que **não está a ser questionado sobre o seu ideal em cada área, nem sobre o que os outros passaram acerca de si.** Todas as pessoas são melhores em algumas áreas, dependendo muito também do momento. **Por favor, apenas indique o que você acha que tem vindo a fazer durante a última semana.** Avalie cada área, numa escala de 1-10, sendo que '1' significa que as suas ações foram **completamente inconsistentes** com o seu valor, e '10' significa que as suas ações foram **completamente consistentes** com o seu valor.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA ...

Área	De modo nenhum consistente com o meu valor					Completamente consistente com o meu valor				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Família de origem										
2. Casamento / casal / relações íntimas										
3. Parentalidade										
4. Amigos / vida social										
5. Trabalho										
6. Educação / formação										
7. Divertimento										
8. Espiritualidade / significado e propósito da vida										
9. Cidadania / vida em comunidade										
10. Atividade física (exercício, recreio / movimento, descanso / sono)										

Total: _____

Some os números da Parte 2, sendo que 10 é o mínimo e 100 é o máximo. Quanto maior o número, maior a probabilidade de você estar a experienciar felicidade na sua vida.

Questionário de Vivências Valorizadas (QVV)

Validated Living Questionnaire (VLQ) - Wilson & Martell, 2004

Versão de Investigação de R.J. Teixeira & A. Pereira (2013) - Departamento de Educação, Universidade de Aveiro

PARTE 1

Abaixo encontra um conjunto de áreas da vida que são valorizadas por algumas pessoas. Estamos interessados em perceber a sua qualidade de vida em cada uma dessas áreas. Um aspeto da qualidade de vida envolve a importância que cada um atribui a diferentes áreas da vida. Avalie a importância de cada área, numa escala de 1-10. Nem todas as pessoas valorizam todas estas áreas, ou valorizam todas as áreas da mesma forma. Avalie cada área de acordo com o seu próprio sentido pessoal de importância.

Área	Nada importante					Extremamente importante				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Família de origem										
2. Casamento / casal / relações íntimas										
3. Parentalidade										
4. Amigos / vida social										
5. Trabalho										
6. Educação / formação										
7. Divertimento										
8. Espiritualidade / significado e propósito da vida										
9. Cidadania / vida em comunidade										
10. Atividade física (exercício, recreio / movimento, descanso / sono)										

Reflexão:

Como se sentiu em relação a este exercício? Houve alguma área que o tenha surpreendido?

19	A maior parte das coisas felizes que nos acontecem deve-se à má sorte.	3	2	1	0
20	Temos consciência que as nossas vidas são controladas pelo acaso e pela sorte.	3	2	1	0

EADS-21

(J. Urbánová & T. Lovibond, 1995; modificado e adaptado população portuguesa por Dina Ribeiro, Herculano e T. Sal, 2004)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 - não se aplicou nada a mim
- 1 - aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 - aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 - aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupi-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

AVALIAÇÃO QUALITATIVA

ENTREVISTA COM O DOENTE (Gravada em áudio e transcrita)

1ª PARTE: Em simultâneo com a entrega da carta

1. Ao longo das últimas semanas, fizemos uma pequena viagem sobre a sua vida, terminando com a redação desta carta.
 - a. Como foi para si este processo?
 - b. O que foi mais importante para si?
 - c. Como se sentiu ao longo do processo?
2. Como foi para si o processo de elaboração da carta?
3. Gostaria de entregar essa carta a alguém? Porquê? Como acha que será recebida?

2ª PARTE: Um mês após a entrega da carta

1. Qual a reação do seu familiar ao receber a carta?
2. Sente que a carta modificou a vossa forma de relacionamento? Se sim, de que forma?
3. Na sua opinião o que é importante para garantir a dignidade dos doentes que enfrentam este percurso e uma doença com estas características...?

ELA

(Teut 1991; Versão portuguesa Leite, Almeida, Rocha, Remondes-Costa & Teixeira)

As seguintes afirmações representam sentimentos e atitudes de alguns dos familiares do doente com cancro. Responda às afirmações consoante o que está a sentir neste momento. Leia as afirmações com cuidado e circule o número à direita que melhor reflita o quão concorda ou discorda com cada uma delas:

1= Discordo totalmente, 2= Discordo, 3= Nem concordo, nem discordo, 4=Concordo, 5= Concordo Totalmente

1. Sinto acordado/a sobre como era a vida com o meu familiar, antes de lhe ter sido diagnosticado cancro.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me próximo/a do meu familiar que tem cancro.	1	2	3	4	5
3. Sinto-me mais irritável desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
4. Estou preocupado/a acerca dos pensamentos em relação ao meu familiar e a sua doença.	1	2	3	4	5
5. Descobri novos recursos pessoais desde que a doença do meu familiar foi diagnosticada.	1	2	3	4	5
6. Sinto muita falta da maneira que o meu familiar costumava ser.	1	2	3	4	5
7. Sinto-me muito sozinho/a desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
8. Sou capaz de seguir com a minha vida.	1	2	3	4	5
9. Culpo-me pela doença do meu familiar.	1	2	3	4	5
10. Acho difícil concentrar-me no trabalho desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
11. Tenho recursos pessoais que me ajudam a lidar com o meu familiar e a sua doença.	1	2	3	4	5
12. Tenho períodos de choro quando penso no percurso da doença do meu familiar.	1	2	3	4	5
13. Sinto-me afastado/distanciado do meu familiar.	1	2	3	4	5
14. Sinto necessidade de falar com outras pessoas sobre a doença do meu familiar.	1	2	3	4	5
15. Sinto que é injusto que o meu familiar tenha cancro.	1	2	3	4	5
16. Tenho dificuldades em dormir desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
17. Ninguém irá substituir o meu familiar na minha vida.	1	2	3	4	5
18. Evito algumas pessoas desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
19. Sinto que me ajustei à doença do meu familiar.	1	2	3	4	5
20. Desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro, acho mais difícil de conviver com certas pessoas.	1	2	3	4	5
21. Imagino sobre como seria a minha vida se o meu familiar não tivesse sido diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
22. Sinto-me mais competente desde que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
23. Fico irritado/a quando penso que o meu familiar tem cancro.	1	2	3	4	5
24. Desde que o cancro foi diagnosticado ao meu familiar, não sinto interesse em acompanhar as atividades do dia-a-dia (Televisão, jornais, amigos).	1	2	3	4	5
25. Sou incapaz de aceitar que o meu familiar foi diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
26. Agora sou capaz de fazer bem as coisas como fazia antes de o meu familiar ter sido diagnosticado com cancro.	1	2	3	4	5
27. Estou a fazer planos para o futuro.	1	2	3	4	5

19. A maior parte das coisas infelizes que nos acontecem deve-se à má sorte.	3	2	1	0
20. Temos consciência que as nossas vidas são controladas pelo acaso e pela sorte.	3	2	1	0

Family Hardiness Index

(FHI – McCubbin & Thompson, 1988; Versão portuguesa: Cunha & Relvas, 2008; Cunha, Major & Relvas, 2016)

Instruções

Por favor, leia cada afirmação e decida em que nível descreve a sua família. A declaração é Verdadeira (3), Verdadeira na maioria das vezes (2), Falsa na maioria das vezes (1), ou Falsa (0) em relação à sua família? Coloque um círculo no número correspondente à sua resposta. Não deixe nenhuma afirmação em branco.

	Verdadeiro	Verdadeiro na maioria das vezes	Falso na maioria das vezes	Falso
Na nossa família ...				
1. Os problemas resultam dos erros que cometemos.	3	2	1	0
2. Não vale a pena planejar antecipadamente, e ficar na expectativa, porque as coisas nunca vão resultar.	3	2	1	0
3. O nosso trabalho e esforço não são apreciados por mais que tentemos e trabalhemos.	3	2	1	0
4. A longo prazo, as coisas más que nos acontecem são contrabalançadas com as coisas boas.	3	2	1	0
5. Sentimos que somos fortes, mesmo quando enfrentamos grandes problemas.	3	2	1	0
6. Muitas vezes, temos confiança que, mesmo nas situações difíceis, as coisas vão resolver-se.	3	2	1	0
7. Mesmo não estando sempre de acordo, podemos contar uns com os outros para nos apoiarmos quando é necessário.	3	2	1	0
8. Não nos sentimos capazes de sobreviver se nos vímos confrontados com um problema.	3	2	1	0
9. Acreditamos que as coisas se resolvem, se trabalharmos juntos enquanto família.	3	2	1	0
10. A vida parece monótona e sem sentido.	3	2	1	0
11. Batalhamos juntos e ajudamo-nos uns aos outros, aconteça o que acontecer.	3	2	1	0
12. Quando planeamos atividades em família, experimentamos coisas novas e emocionantes.	3	2	1	0
13. Ouvimos os problemas, sentimentos e receios uns dos outros.	3	2	1	0
14. Tentamos a fazer sempre as mesmas coisas, o que é aborrecido.	3	2	1	0
15. Encorajamo-nos uns aos outros a tentar coisas novas e a ter novas experiências.	3	2	1	0
16. É melhor ficar em casa, do que sair e fazer coisas com outras pessoas.	3	2	1	0
17. Procuramos encorajar que os membros da família sejam ativos e aprendam coisas novas.	3	2	1	0
18. Trabalhamos juntos para resolver os problemas.	3	2	1	0

EADS-JI

(Jordahl & Lundvall, 1995; tradução e adaptação galego-portuguesa por Patr. Ribeiro, Homenid e Laila, 2004)

Nome _____ Data ____/____/____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplica a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter sido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

AVALIAÇÃO QUALITATIVA

ENTREVISTA COM O FAMILIAR (Gravada em áudio e transcrita)

1. Como sentiu o seu familiar ao longo do processo?

(explorar: COMPONENTE EMOCIONAL: p. Ex tristeza, apatia, ansiedade, ou o contrário;

COMPONENTE E RELACIONAL: comunicação dentro familiar, tomada de iniciativa para a expressão emocional, proximidade, ou pelo contrário isolamento, evitamento de temáticas relacionadas com a doença e o futuro...)

2. Como foi para si receber a carta elaborada pelo seu familiar?
3. Qual a sua importância para a forma como está a viver este processo de acompanhamento do seu familiar?



Plano de Consulta_Cuidados Paliativos

Informação Geral

Data: 00/00/0000 Nº processo:

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Profissão/Situação Atual:

Acompanhado(a) por:

Proveniência: Cuidados Paliativos (Subsequente)

Especialidade: Psicologia

Objetivos da Consulta:

- > Monitorização do estado mental.
- > Exploração dos padrões de funcionamento global.
- > Exploração de expectativas face a prognóstico de doença.
- > Compreensão da funcionalidade na rotina das AVD's.
- > Replicar objetivo de consulta e interesse em participar da investigação.
- > Criação de um laço terapêutico com o paciente.

Estratégias:

- > Escuta ativa.
- > Questionamento.
- > Aconselhamento.

Próxima Consulta:

- > Monitorização do estado mental e emocional.
- > Início do Protocolo para investigação.

Estado Mental:

Estagiária de Psicologia,
Tatiana Silva

Página 1 de 1

Anexo II

Consultas

Plano das sessões

1ª Consulta

A primeira consulta será baseada na recolha da anamnese do paciente para posterior construção de plano de intervenção, ou seja, uma recolha da história médica, da história das queixas atuais, da história progressiva e da história familiar.

Anamnese

Identificação do paciente:

- Nome:
- Processo nº:
- Idade:
- Data de nascimento:
- Sexo: Feminino
- Habilidades:
- Profissão:
- Agrupado Familiar:
- Estado civil:
- Filhos:
- Residência:

Queixa principal

- Tentar perceber queixas que têm surgido, ao nível do:
- Padrão de humor.

- Padrão de alimentação e bebida.
- Padrão de sono.
- Tem sentido outras alterações (quais)?
- Explorar estratégias de coping utilizadas.
- Padrões de Rto/Pensamentos.

História Médica

- Doenças significativas do passado do paciente e de familiares.
- Estado de saúde actual.
- Medicação actual?
- Padrão de actividade física.
- Consumo de substâncias.

Relacionamentos (suporte social)

1. Filhos? (Nome, idade e relação que mantem com o (s) mesmo (s)).
2. Relacionamento actual
 - Nome do cônjuge:
 - Idade:
 - Profissão:
 - Como descreve o cônjuge e caracterização da relação amorosa.
3. Relacionamentos anteriores
 - Número de casamentos ou relações significativas anteriores.
 - História e características de relacionamentos significativos anteriores.
4. Amizades
 - Tem algum amigo(a) em quem possa confiar e que o apoie.

História Familiar

Com quem cresceu?

1. Mãe

- Nome
- Idade
- Profissão (actual ou anterior).
- Como descreve a mãe.
- Como foi o relacionamento no passado (e actualmente)?

2. Pai

- Nome
- Idade
- Profissão (actual ou anterior).
- Como descreve o pai.
- Como foi o relacionamento no passado (e actualmente)?

- Se houver padrasto/madrasta realizar as mesmas questões.
- Se houver outro tipo de relação que não as mencionadas, colocar as mesmas questões.

3. Fratria

- Posição na fratria.
- Nome e idade dos irmãos.
- Como era no passado e é actualmente no presente o relacionamento com o (s) irmão (s).

Educação

Percurso escolar

1. Com que idade entrou e saiu da escola?
2. Houve repetições em ano?
3. Como foi a sua adaptação aos diferentes níveis de escolaridade?
4. Cursos e formação profissional.

Vida profissional

1. Idade com que começou a trabalhar.
2. Situação profissional actual.
 - Gosta da sua profissão?
 - Relação com os colegas e patrão/patrões?
 - Dificuldades no campo profissional e aspirações futuras.
3. Empregos anteriores (demissão/despedimento).

Contextos sociais

1. Principais contextos sociais em que se insere e a existência de conflitos.
2. Actividades de Lazer/interesses.

Genograma

Consultas de TCO

(Tratamento Cirúrgico de Obesidade)

Identificação

Nome: _____ idade: _____ Estado Civil: _____ Filhos + idade(s): _____ Situação Laboral: _____ Nacionalidade: _____

- ✓ Sabe para que é esta consulta? Foi à reunião de grupo?
- ✓ Vomita com facilidade?
- ✓ Consumo álcool?
- ✓ É, por norma, uma pessoa ansiosa/nervosa/stressada?
- ✓ Tem antecedentes de seguimento psicológico com Psicólogo ou Psicóloga?
- ✓ Já teve alguma Depressão?
- ✓ Tem suporte social? Apoio para esta operação?
- ✓ De há quanto tempo tem o excesso de peso?
- ✓ Tem o hábito de comer fora das refeições?

Observações

- A toma de vitaminas terá para o resto da vida.
- Terá que iniciar uma participação intensiva, cerca de 30c.
- Ingerir líquidos no intervalo das refeições.
- O 1º mês é só ingestão de líquidos (não se permite mastigar as refeições com o Nutricionista que lhe plano alimentar após a cirurgia).
- A cirurgia prepara o corpo para ingerir uma pequena quantidade de alimento.
- Com a cirurgia perde-se gordura, mas também massa muscular.
- O exercício físico diário é importante para manter a massa muscular que se vai perder; aconselha-se 1h/dia.
- Higiene pessoal é vital para a sua vida.

A Estagiária de Psicologia

██████████

Anexo III

Grupo Terapêutico da Depressão

Anexo III.a

Material de Apoio ao Paciente

Manual do Paciente Depressão

“Vamos conversar só porque sim.”

Estagiária de Psicologia: [REDACTED]
Orientador de Estágio: Dr. [REDACTED]

G., 2019

Índice

Nº1: Agendamento de sessões.....	1
Nº2: Regras de Funcionamento.....	2
Nº3: Questionário CES-D	3
Nº4: Consentimento Informado.....	4
Nº5: Tarefa de Casa	5
Nº6: Diário “A minha Rotina”	6
Nº7: Contrato Pessoal	7
Nº8: Certificado de Participação	8
Nº9: Ventilação.....	9
Nº10: Técnicas de Relaxamento progressivo de Jacobson.....	10
Nº 11: Roteiro de Respiração Diafragmática e Relaxamento progressivo.....	11
Nº 12: Questionário de Avaliação da Intervenção Terapêutica.....	12
Nº 13: Panfleto do Paciente.....	13



1ª 7 de Março 14h00	2ª 21 de Março 14h00
3ª 4 de Abril 14h00	4ª 18 de Abril 14h00
5ª 9 de Maio 14h00	6ª 23 de Maio 14h00
7ª 6 de Junho 14h00	8ª 27 de Junho 14h00

Regras de funcionamento



Não seja crítico, dê feedback construtivo, seja cuidadoso.



Seja responsável! Faça os trabalhos de casa.



Telemóvel sempre desligado!



Seja assíduo! É importante não faltar às sessões.



Seja pontual! Não faça os outros esperar.



Grupo de Partilha, todos têm oportunidade de falar.



Respeite a confidencialidade fora de Grupo!



Grupo Fechado!



**CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
(Radlof, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2003)**

Nesta página encontra uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido durante a última semana. Coloque uma cruz na coluna que melhor se identifica com o que sentiu na última semana, tendo em conta que as opções significam:

Nunca ou raramente - menos de 1 dia da semana passada;

Ocasionalmente - 1 ou 2 dias da semana passada;

Com alguma frequência - 3 ou 4 dias da semana passada;

Com muita frequência ou sempre - 5 ou 7 dias da semana passada.

Durante a semana passada:	Nunca ou raramente (< 1 dia)	Ocasionalmente (1 a 2 dias)	Com alguma frequência (3 a 4 dias)	Com muita frequência ou sempre (5 a 7 dias)
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite				
3. Senti que não consegui livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda dos amigos ou da família				
4. Senti que valia tanto como os outros				
5. Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer				
6. Senti-me deprimido				
7. Senti que tudo do que fazia era um esforço.				
8. Senti-me confiante no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me com medo.				
11. Dormi mal.				
12. Senti-me feliz.				
13. Falei menos do que o costume.				
14. Senti-me sozinho.				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo				
16. Senti prazer ou gosto na vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Senti falta de energia.				

Consentimento Informado

Eu,

participo na Intervenção em Grupo destinada a adultos com Depressão e no preenchimento do questionário CES-D, a ser realizado no início e no final desta intervenção.

Informaram-me de que a Intervenção em Grupo tem como principal objetivo a redução da sintomatologia depressiva e que o questionário acima mencionado se destina á avaliação da eficácia da Intervenção realizada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital [REDACTED] conjuntamente com o [REDACTED]. Além disso, foram-me informadas quais as regras do grupo com as quais concordei. Igualmente, foi-me referenciado que esta intervenção decorrerá sob a orientação do Dr. [REDACTED] do [REDACTED] e da Professora Doutora [REDACTED].

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação do participante neste projeto de intervenção são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar a minha participação sem nenhum tipo de penalização por este facto. Caso seja necessário, também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Assinatura do/a participante:

Data: _____, _____ de _____ de _____

Tarefa de Casa

O que aconteceu?	O que pensei?	O que senti? (medo, raiva/tremor, ansiedade)	O que fiz?

Nome: _____ Data: _____



Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta

Objetivo
proposto: _____

Objetivo

concluído: _____

Eu, _____, estabeleço o
seguinte contracto comigo mesmo.

Objetivo: Durante esta semana, eu vou fazer as seguintes atividades prazerosas:

Recompensa:

Eu atingi o meu objetivo, logo, vou-me recompensar com:

Data em que atingi o meu objetivo:

Data em que dei a mim próprio a recompensa:

Assinatura: _____ **Data:** _____



Certificado de Participação

Certifica-se que:

Nome: _____

Concluiu com êxito, participando em 100% das sessões, o Grupo de Intervenção Terapêutica da Depressão.

A sua presença foi muito importante porque é uma mulher única e especial.

Obrigada!

“Comece onde você está.

Use o que você tem.

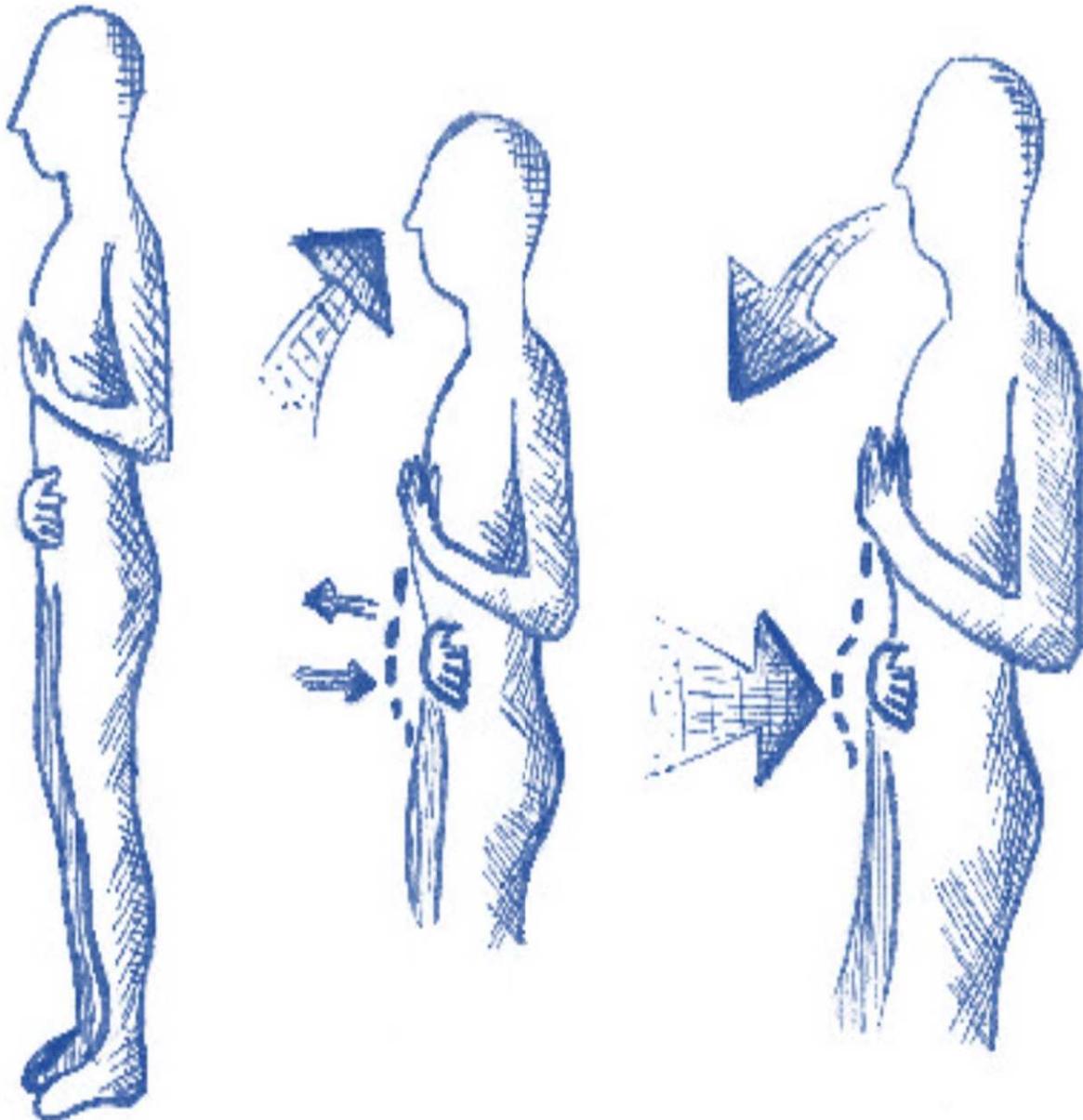
Faça o que você pode.”

Artur Ashe




Psicóloga Estagiária em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Ventilação – respiração diafragmática



Técnicas de Relaxamento progressivo de Jacobson

Pés

1. Traga a sua atenção a seus pés.
2. Aponte seus pés para baixo, e enrole os dedos dos pés.
3. Aperte os músculos do dedo do pé suavemente.
4. Observe a tensão por alguns momentos, depois solte e observe o relaxamento.
Repita.
5. Torne-se consciente da diferença entre os músculos quando eles estão tensos e relaxados.
6. Continue a contrair e relaxar os músculos da perna do pé para a área abdominal.

Abdómen

1. Aperte levemente os músculos de seu abdómen.
2. Observe a tensão por alguns momentos e em seguida solte e observe o relaxamento. Repetir.
3. Torne-se consciente da diferença entre os músculos tensos e os músculos relaxados.

Ombros e Pescoço

1. Muito gentilmente encolha os ombros para cima em direção a seus ouvidos.
Não se esforce.
2. Sinta a tensão por alguns momentos, e depois sinta o relaxamento. Repetir.
3. Observe a diferença entre os músculos tensos e os músculos relaxados.

4. Concentre-se nos músculos do pescoço, em primeiro lugar tensos e depois relaxados até que você sinta o relaxamento total nesta área.

Técnica localizada

1. Feche suas mãos com força para sentir a tensão. Mantenha por 5 segundos e, lentamente, permitir que os dedos se liberem um por um até que estejam completamente relaxados.
2. Pressione os lábios com força e mantenha por 5 segundos, sentindo a tensão. Solte lentamente. Os lábios devem ser completamente relaxado e mal se tocarem após isso.
3. Finalmente, pressione sua língua contra o céu-da-boca por 5 segundos e observe a tensão. Lentamente relaxe a língua até que ela esteja no 'chão da boca' e suas mandíbulas ligeiramente estendidas.

Roteiro de Respiração Diafragmática e Relaxamento Progressivo

Este roteiro servirá para seu treino individual, devendo ser realizado preferencialmente todos os dias.

Trata-se de um roteiro de exercícios que você deverá aprender a realizá-los de forma o mais automaticamente possível, para utilizar nas situações em que se fizerem necessárias (ao se sentir tenso, ansioso, com insônia, etc....).

Aprenda a realizá-lo na posição deitado, inicialmente, e posteriormente na posição sentada. Repita cada movimento por duas ou três vezes.

Cada movimento deverá durar cerca de 10 segundos.

Procure perceber o melhor possível, o estado do músculo que você estiver a relaxar. Procure não pensar ou se preocupar com coisa alguma. Apenas se concentre na atividade de relaxamento.

Focalize sua atenção em sua respiração ou nas regiões do seu corpo com as quais você estará a lidar durante o procedimento.

1. Sentado confortavelmente, com as mãos apoiadas nas coxas e pernas ligeiramente afastadas, e as palmas das mãos voltadas para baixo, ombros relaxados, feche os olhos e respire tranquila e profundamente. Procure efetuar os movimentos respiratórios de tal forma que haja pouco movimento torácico (movimento do peito) e mais movimentos abdominais (movimento de barriga). Ao inspirar, expanda o abdome (encher a barriga) e ao soltar o ar, sinta sua barriga como que esvaziando. Procure manter sua atenção focalizada nos movimentos respiratórios. Na inspiração, conte



mentalmente quatro tempos (tempo subjetivo), retenha o ar por dois tempos e expire durante cinco tempos. Reinicie os movimentos após reter os pulmões vazios por dois tempos. Faça este exercício de respiração por cerca de 5 minutos.

2. Mantendo todo o corpo relaxado, focalize sua atenção em seu braço direito. Dobre seu pulso, forçando ligeiramente sua mão direita para trás. Mantenha essa posição por uns dez segundos e sinta que os músculos de seu braço estão tensos. Em seguida, volte sua mão à posição original de repouso (relaxada). Respire profunda e calmamente e solte o ar lentamente, e relaxe-se enquanto solta o ar. Efetue a respiração por três vezes e repita o exercício.

3. Mantendo o seu corpo relaxado, respirando tranquilamente, dobre sua mão na altura do pulso para dentro, em direção a seu corpo e perceba a tensão em seu braço. Mantenha todo o seu corpo relaxado, criando tensão somente no seu braço direito. Pare de forçar e relaxe todo o seu braço. Respire calmamente por três vezes. Repita o exercício.

4. Ainda focalizando sua atenção no seu braço direito, feche sua mão direita mais ou menos fortemente, dobre seu braço em direção ao seu ombro, mantendo seus dedos voltados em direção ao seu corpo. Sinta a tensão que se forma em todo o braço direito. Procure manter todo o resto de seu corpo relaxado. Respire calmamente por três vezes e repita o exercício.

5. Repita os mesmos exercícios agora com o braço esquerdo e mantendo o restante do corpo o mais relaxado que você puder.

6. Focalize sua atenção em sua perna direita. Procurando manter todo o corpo relaxado, force as pontas de seus dedos de seu pé direito na superfície de apoio, levantando o calcanhar, forçando um pouco como se estivesse empurrando algo e perceba toda a tensão que se forma na parte frontal de sua perna. Volte à posição

anterior (relaxado). Respire calmamente por três vezes e na medida em que solta o ar, relaxe cada vez mais.

7. Flexione o seu pé direito para trás, apoiando o calcanhar na superfície de apoio, forçando um pouco. Sinta a tensão que se forma em sua perna direita. Mantenha a posição por uns dez segundos e volte seu pé à posição anterior (relaxado). Respire como fez anteriormente.

8. Mantendo todo o corpo relaxado, focalize sua atenção para a perna esquerda. Efetue de forma semelhante aos exercícios 6 e 7 com a perna esquerda.

9. Mantendo todo o corpo relaxado, force seus ombros em direção às orelhas, respirando tranquilamente, perceba toda a tensão em seus ombros. Volte à posição anterior (ombros relaxados), movimente os ombros efetuando movimento rotatório, e relaxe. Tente perceber a diferença. Respire tranquilamente.

10. Focalize sua atenção no seu rosto. Franza a testa como se estivesse preocupado (a). Mantenha essa posição por cerca de dez segundos. Perceba a tensão que se forma em sua testa. Relaxe sua testa e sinta a diferença. Respire calmamente. Repita o exercício.

11. Cerre os dentes e faça movimentos de “mastigar”. Sinta a tensão que se forma no músculo da mastigação. Solte e relaxe. Respire calmamente como anteriormente.

12. Procure manter todo o seu corpo relaxado, respirando tranquilamente e sem nenhuma preocupação. Fique nesta posição por cerca de 2 minutos e sentindo todo o corpo relaxado. Encerrar o relaxamento gradativamente, respirando mais profundamente por 2 vezes, abrindo lentamente os olhos e se espreguiçando descontraidamente. Permaneça por mais alguns segundos com o corpo todo relaxado.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

De forma a aperfeiçoar este Grupo Terapêutico, agradeço que exprima a sua opinião sobre os seguintes tópicos, assinalando com um (X) a opção que melhor a traduz.

1 - Como classifica a qualidade das sessões em que participou?

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito boa

2 - O desempenho da Terapeuta em relação à clareza das intervenções foi:

- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito bom

3- A organização das sessões foi:

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito boa

4- Encontrou nestas sessões aquilo que procurava?

- Não
- Pouco
- Muito
- Sim

5- Em que medida as sessões que foram apresentadas satisfizeram as suas necessidades?

- Nenhuma
- Parcialmente
- Moderadamente
- Totalmente

6- O que aprendeu, contribuiu para enfrentar de forma mais eficaz os seus problemas?

- Não
- Pouco
- Muito
- Sim

7- De modo geral, em que medida está satisfeita com o Grupo em que participou?

- Nada
- Pouco
- Bastante
- Muito

8- Se alguma amiga estivesse a passar por uma situação semelhante à sua, recomendaria este Grupo?

- Não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Sim

9- Se tivesse oportunidade, voltaria a frequentar este Grupo de Intervenção Terapêutica?

- Não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Sim

Sugeria que:

Obrigada pela participação!

Panfleto do Paciente

"No meio do inverno, finalmente descobri que havia em mim um verão invencível." – Albert Camus.



"Tem sido minha filosofia de que as dificuldades desaparecem quando as enfrentamos." – Isaac Asimov.

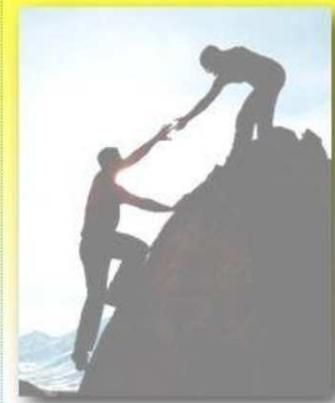
Onde nos pode encontrar?

No edifício de Psiquiatria e Saúde Mental, piso 2, sala de reuniões, sediado no Hospital Senhora de Oliveira, em Guimarães.

Terapeuta: Tatiana Silva
Orientação pelo Dr. José Luís Gouveia

Em caso de dúvida...

- Morada: [REDACTED] xomil, 4 [REDACTED]
- Telefone: [REDACTED]



Vamos conversar só porque sim!

Anexo III.b
Material de Apoio ao Terapeuta



Manual de Intervenção Psicológica

“Vamos conversar só porque sim.”

Grupo da Depressão

Estagiária de Psicologia: [REDACTED]
Orientador de Estágio: Dr. [REDACTED]

Índice

Introdução.....	109
Conceito de Depressão.....	111
Desenvolvimento do Programa e do Grupo de Intervenção.....	8
Estrutura das Sessões.....	117
Psicometria para Avaliação da Eficácia.....	128
Referências.....	128
Anexos.....	Erro! Marcador não definido.

Introdução

O risco de ficar deprimido aumenta com a pobreza, com o desemprego, com acontecimentos de vida como a morte de um ente querido ou rutura de um relacionamento, doenças físicas e problemas causados pelo uso de álcool e drogas (Correia, 2008).

A depressão provoca angústia e pode afetar a capacidade de as pessoas realizarem as tarefas diárias mais simples com consequências, por vezes devastadoras, para o relacionamento com o seu seio familiar e com o círculo de amigos (Gonçalves, 2010).

- A depressão não tratada pode impedir que as pessoas trabalhem e participem na vida familiar e comunitária.
- No pior cenário, a depressão pode levar ao suicídio.
- A depressão pode ser eficazmente prevenida e tratada. O tratamento envolve, geralmente, psicoterapia ou medicação com antidepressivo ou a associação de ambos.
- Superar o estigma frequentemente associado à depressão levará mais pessoas a receberem ajuda.
- Falar com pessoas em quem se confia pode ser um primeiro passo para a recuperação da depressão.
- As perturbações mentais comuns estão a aumentar em todo o mundo: entre 1990 e 2013, o número de pessoas a sofrerem de depressão e/ ou ansiedade aumentou em

quase 50%. Cerca de 10% da população mundial é afetada por uma ou ambas dessas condições.

- Depressão por si só representa 10% de anos vividos com incapacidade global.
- Em emergências humanitárias e conflitos em curso, até 1 em cada 5 pessoas são afetados por depressão e ansiedade.
- A depressão aumenta o risco de outras doenças não transmissíveis como a diabetes e doenças cardiovasculares. Simultaneamente essas patologias aumentam o risco de depressão (Correia, 2008).

A Depressão é uma doença psicológica grave, que perdura por vários anos se não for tratada.

Estima-se que em Portugal mais de 11% da população tome antidepressivos, o que quer dizer que mais de 1 milhão de pessoas sofrem todos os anos com esta doença (Gonçalves, 2010).

Com este manual de tratamento, espera-se que a pessoa consiga entender as suas emoções e pensamentos que a tornam deprimida e triste, e acima de tudo, ultrapassar o que a perturba ficando feliz, numa sensação de liberdade e de bem-estar.

Espera-se que compreenda os seus comportamentos, emoções e ideias que contribuem para o seu estado depressivo, que consiga fazer a gestão emocional das questões do passado que ainda hoje podem condicionar o seu dia-a-dia, bem como encontrar mecanismos para a ajudar a adaptar-se a novos desafios.

Melhorar as capacidades de comunicação e a qualidade das suas relações interpessoais sentindo-se mais assertivo e empático será também um ponto fulcral deste manual. Retomar o controlo da sua própria vida e da sua paz interior será uma prioridade.

Conceito de Depressão

A palavra Depressão deriva do latim *deprimere*, este verbo significa “prensar, esmagar, afundar”. Esta palavra define o estado em que muitas vezes nos sentimos, quando o nosso corpo se autodestrói e se enclausura em si próprio. É um estado provocado pela angústia que sentimos, quando pensamos e estamos em situações na vida que nos perturbam e entristecem.

A Depressão é, por isso, um estado introspetivo em que sentimos o corpo a afundar-se numa angústia forte e limitadora do nosso bem-estar e não uma doença do nosso cérebro.

Utilizamos a expressão “Doença Psicológica”, para descrever este estado emocional que nos retira a saúde mental, que tanto precisamos para nos sentirmos bem e em harmonia com o nosso corpo e mente.

A tristeza é uma emoção básica e importante, mas que quando persiste pode levar a psicopatologia, sendo a depressão a sua expressão. Todos nós nos sentimos tristes em algum momento da nossa vida, mas quando não conseguimos gerir as nossas

emoções, estas podem afetar toda a nossa paz interior, retirando-nos a energia que precisamos para viver uma vida plena e feliz.

Depressão é uma doença caracterizada por tristeza persistente e perda de interesse em atividades que as pessoas normalmente desfrutavam, acompanhada por uma incapacidade de realizar atividades diárias, durante pelo menos duas semanas (Correia, 2008).

Aqui reside a importância de falar sobre a depressão como uma componente vital da recuperação. O estigma que envolve a doença mental, incluindo a depressão, continua a ser uma barreira para as pessoas que sofrem desta doença.

Além disso, as pessoas com depressão normalmente apresentam vários dos seguintes sintomas (Almeida, 2013):

- perda de energia;
- alteração no apetite;
- padrão alterado do sono (dormir muito ou dormir pouco);
- ansiedade;
- concentração reduzida;
- indecisão;
- inquietação;
- sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança;
- Pensamentos autoagressivos ou de suicídio.

As Causas da Depressão são as más experiências do passado que nos trazem angústias e tristezas. Sentimos a angústia sempre que nos deparamos com experiências que quebram o estado de motivação, como por exemplo, ofensas, incompreensões,

violências, entre tantas circunstâncias que nos tiram a paz interior, a alegria e a motivação para continuarmos o nosso caminho (Gonçalves, 2010). Muitas vezes, confrontamo-nos com experiências vitais que colidem com os nossos sonhos, ambições, que influenciam negativamente a nossa autoestima e autoconfiança. Experiências passadas como traumas, violência infantil, *bullying*, divórcios, relacionamentos difíceis, podem ser vividos com uma intensidade tal que se torna difícil ultrapassar a dor que elas trazem (Almeida, 2013).

As emoções como o medo, a mágoa e a tristeza, se não forem geridas e ultrapassadas, com o passar do tempo, destroem a nossa qualidade de vida, limitando-nos na nossa liberdade de sermos felizes e assim, conduzindo a estado depressivo.

Em episódios depressivos, a pessoa sente o humor deprimido e uma redução da energia que leva a uma diminuição da atividade e perda de interesse do prazer pelos afazeres quotidianos. Muitas pessoas com depressão também sofrem de sintomas de ansiedade e sintomas psicossomáticos sem explicação médica (Gonçalves, 2010).

É importante salientar que pessoas expostas a graves adversidades passam frequentemente por dificuldades psicológicas consistentes com sintomas de depressão, não culminando necessariamente numa depressão. Por isso, ao avaliar se a pessoa tem depressão, é essencial investigar não apenas a sintomatologia depressiva, mas também se os mesmos interferem com as atividades quotidianas.

A depressão provoca disfunções cognitivas, psicomotoras e de outros tipos bem como humor depressivo. Pessoas com transtorno depressivo frequentemente têm pensamentos suicidas e podem tentar o suicídio (Almeida, 2013). Outros sintomas ou

transtornos mentais (e.g, ansiedade e ataques de pânico) comumente coexistem, algumas vezes complicando diagnóstico e tratamento.

Desenvolvimento do Programa e Grupo de Intervenção

▪ **Foco da Intervenção**

O foco desta intervenção tem o intuito de uma ativação comportamental e de um treino de competências sociais como principal fonte de reforço positivo.

As sessões são promovidas em torno de **2 vertentes**.

1. Vertente Psicoeducativa, em que os objetivos são:

- ✓ Fornecer informação sobre a depressão (e.g. o que é, quais os sinais de alerta, sintomas associados).
- ✓ Depressão como uma doença bastante frequente e que pode acometer qualquer um.
- ✓ As pessoas deprimidas tendem a ter opiniões infundadas sobre si mesmas, sobre a sua vida e seu futuro, de forma negativa.
- ✓ Desta forma, deve-se insistir nos seguintes pontos:
 1. Promoção da saúde no local de trabalho (levar a cabo programas de promoção de saúde que permitam combater este flagelo é de capital importância).

2. Promoção de saúde - ações individuais (a nível individual, cada vez mais as pessoas revelam preocupação em manter-se saudáveis, prevenindo, portanto, determinadas doenças).
3. Promoção das atividades de lazer (a falta de atividades prazerosas no estilo de vida tem aumentado de tal forma que, muitas vezes, nem sequer tomamos consciência da espiral em que vivemos).
4. Promoção da educação para a saúde e prevenção de doenças (a **promoção da saúde e qualidade de vida** são fatores indissociáveis: não podemos ter uma boa qualidade de vida, sem que tenhamos saúde).

- ✓ Sendo assim, é importante não interromper as atividades que eram interessantes ou que davam prazer, independentemente de no momento parecerem desinteressantes ou não darem nenhum prazer.
- ✓ Tentar manter um ritmo de sono regular (ir para a cama sempre no mesmo horário, tentar dormir o mesmo número de horas todas as noites e evitar dormir demais).
- ✓ Realizar regularmente atividade física, sempre na medida possível;
 - Manter regularmente as atividades sociais;
 - Identificar ideias de autodestruição ou suicídio e proporcionar confiança e responsabilidade ao paciente na busca de ajuda quando isso acontecer.

2. Vertente de Reestruturação Cognitiva, que tem por função:

- ✓ Ajudar a identificar e a gerir emoções bem como otimizar estratégias de coping para lidar com as principais dificuldades do dia-a-dia.

- ✓ Partilhar experiências e sentimentos com pessoas que se encontram em situação semelhante.
- ✓ Reforçar a importância das Redes de Apoio envolventes e do Suporte Social, bem como a necessidade de o solicitarem.
- ✓ Consciencialização e valorização do Autocuidado.
- ✓ Desenvolvimento de estratégias para prevenir recaídas.

▪ **Grupo de Intervenção**

Trata-se de um grupo fechado, com número máximo de 10 participantes com diagnóstico de Depressão, de forma a possibilitar a participação ativa de todos os elementos nas várias atividades que irão decorrer neste programa de intervenção, bem como a interação com os outros participantes que partilham da mesma doença.

Regras de Funcionamento do grupo

No dia de cada sessão deste Grupo, os participantes devem dirigir-se ao balcão administrativo cerca de 15 minutos antes da hora marcada, para efetivar a consulta. Uma vez efetivada, devem aguardar a chamada na sala de espera. Em caso de atraso ou de falta, o participante deverá avisar, justificando. Salienta-se que 2 faltas injustificadas, o participante terá alta do Grupo de Intervenção por ser considerado abandono. Este grupo tem como objetivo único dialogar acerca da depressão, problemática em comum a todos os participantes. Por isso, não serão abordados de forma particular, os

problemas pessoais de cada participante que não se insiram nesta problemática, e por isso, não sejam de interesse para o grupo.

- **Duração das Sessões**

O programa é constituído por 8 sessões, que irão ocorrer 1 vez por mês, com duração aproximada de 90 minutos cada.

- **Comportamento dos participantes nas sessões de grupo**

Os participantes devem ser assíduos e pontuais, respeitarem-se a si próprios bem como aos outros elementos, sabendo ouvir e falar, com educação, amabilidade e com responsabilidade e respeito mútuo.

Estrutura das Sessões

1ª Sessão – “Não está sozinha(o).”

Objetivos:

- ✓ Apresentação do Terapeuta, do Co-Terapeuta e de todos os participantes.
- ✓ Apresentação do programa e dos conteúdos desta intervenção.
- ✓ Acordar com o grupo o cronograma das sessões.
- ✓ Análise das expectativas e das necessidades deste grupo.

- ✓ Aplicação de questionários para avaliação pré-intervenção.
- ✓ Relaxamento.

Conteúdo

- Dão-se as boas vindas à entrada do gabinete a todos os participantes.
- Os terapeutas e cada participante fazem a sua apresentação ao grupo, mencionando as expectativas acerca do mesmo.
- Serão explicados os objetivos e finalidade deste programa.
- Informações quanto ao número, local, frequência, duração e gratuidade das sessões.
- Explicam-se as regras básicas do grupo (pontualidade, serem participativos, confidencialidade de todos os dados e de todos os assuntos abordados nestas sessões).
- Aplicação de técnicas de relaxamento para encerramento de sessão.

Métodos e Técnicas

- Discussão em Grupo.

Material

- Computador com colunas de som.
- Manual do paciente.
- Questionário.

2ª Sessão – “O que é a Depressão?”

Objetivos:

- ✓ Aplicação do Termómetro das Emoções.
- ✓ Visualização de uma apresentação em PowerPoint sobre a Depressão.
- ✓ Dúvidas que os participantes argumentem sobre a sua doença.
- ✓ Explicação da tarefa para casa.
- ✓ Relaxamento.

Conteúdo

- Os participantes obtêm informação relevante acerca do que é a Depressão e inicia-se um debate sobre o que foi apresentado e o que já é de conhecimento dos participantes.
- Para casa, os participantes levam um auto-registo, sendo-lhes pedido que registem, ao longo do dia, os pensamentos e sentimentos negativos.
- Aplicação de técnicas de relaxamento para encerramento de sessão.

Método

- Exposição teórica visualizada por projeção.
- Interação do Grupo.

Material

- Computador com projetor e colunas de som.
- Entrega de um panfleto (manual do paciente).
- Lista dos pensamentos negativos.
- Termómetro das Emoções.

3ª Sessão - “Intervenção nos pensamentos negativos!”

Objetivos:

- ✓ Aplicação do Termómetro das Emoções.
- ✓ Promover o autoconhecimento de cada participante.
- ✓ Saber identificar as circunstâncias em que surgem os pensamentos negativos.
- ✓ Recolher o trabalho de casa de cada participante.
- ✓ Entrega de um Contracto Pessoal.
- ✓ Relaxamento.

Conteúdo

- Os participantes escrevem, de forma anónima, num papel os pensamentos negativos que foram tendo ao longo do dia.
- Colocam o papel numa caixa.

- O Terapeuta vai retirando cada papel, lendo-o em voz alta e promovendo a discussão do mesmo no grupo, com o objetivo de identificarem estratégias de confronto de resolução de problemas.
- Conceção do problema como um desafio, uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal.
- Utilização dos sentimentos e emoções como pistas para o reconhecimento do problema.
- Promoção de expectativas de autoeficácia em relação ao problema.
- Explicação no que consiste o Contracto Pessoal entregue.
- Revisão de alguns aspetos aprendidos na sessão anterior.
- Aplicação de pequenas técnicas de relaxamento para encerramento de sessão.

Métodos

- Exposição Teórica e Interativa.
- Discussão em Grupo.

Material

- Computador com projetor e colunas de som.
- Papel e caneta para cada participante.
- Caixa de cartão.
- Contracto Pessoal impresso para cada participante.
- Termómetro das Emoções.

4ª Sessão – “Motivação para a mudança!”

Objetivos:

- ✓ Aplicação do Termómetro das Emoções.
- ✓ Verificação do Contracto Pessoal de cada participante.
- ✓ Potenciar as capacidades dos participantes no seu dia-a-dia.
- ✓ Promover a aquisição de estratégias para enfrentarem as situações problemáticas.
- ✓ Delineação de uma rotina para incutir novos hábitos saudáveis na vida diária dos participantes.
- ✓ Relaxamento.

Conteúdo

- Questionamento se subsistem algumas dúvidas relativamente à sessão anterior.
- Aplicação de pequenas técnicas de relaxamento para encerramento de sessão.
- Envolvimento dos participantes no sentido de identificarem as suas dificuldades, relacionadas com:
 - Perda/Aumento do apetite;
 - Alterações da Vida Social;
 - Desprazer por atividades rotineiras.

Método

- Exposição teórica.
- Discussão em grupo.

Material

- Computador com Projetor e colunas de som.
- Papel e caneta.
- Termómetro das Emoções.

5ª Sessão - “Impacto da Comunicação Não-Verbal”

Objetivos:

- ✓ Aplicação do Termómetro das Emoções.
- ✓ Aprendizagem na leitura da postura de cada participante.
- ✓ Aprender a compreender a “Comunicação não-verbal” e os sinais que lhe estão subjacentes.
- ✓ Aprendizagem de técnicas de relaxamento progressivo de Jacobson.

Conteúdo

- Visualização de algumas imagens de expressões faciais.
- Discussão das mesmas.
- Os participantes aprendem as técnicas de relaxamento de Jacobson.
- Áudio específico para relaxamento (YouTube).

Método

- Exposição Teórica.
- Discussão em Grupo.

Material

- Computador com projetor e colunas de som.
- Folhas impressas do relaxamento.
- Termómetro das Emoções.

6ª Sessão – “O que é estar em Depressão?”

Objetivos:

- ✓ Aplicação do Termómetro das Emoções.
- ✓ Refletir sobre o significado de Depressão e tudo o que lhe está subjacente.

- ✓ Partilha de experiências e sentimentos experienciados no meio social.
- ✓ Relaxamento.

Conteúdo

- Questiona-se se existem algumas dúvidas relativamente à sessão anterior.
- Lança-se a seguinte questão para reflexão: “O que significa estar em Depressão?”
(Pede-se aos participantes que expressem as suas opiniões e sentimentos num papel).
- De seguida, faz-se uma exposição das opiniões para posterior discussão.
- Aplicação de técnicas de relaxamento para encerramento de sessão.

Método

- Exposição Teórica.
- Discussão em Grupo.

Material

- Computador com colunas de som.
- Papel e caneta para cada participante.
- Termómetro das Emoções.

7ª Sessão – “Eu gosto de mim.”

Objetivos:

- ✓ Aplicação do Termómetro das Emoções.
- ✓ Consciencializar para a importância de cuidarem de si (aspeto físico).
- ✓ Promover atitudes positivas.
- ✓ Capacitar os participantes para a importância de utilização de estratégias de coping adequadas, no aumento da autoestima associada à doença.
- ✓ Relaxamento.

Conteúdo

- Questiona-se se existem algumas dúvidas relativamente à sessão anterior.
- Faz-se uma breve revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior.
- Exposição teórica de potenciais Estratégias de Coping.
- Saber pedir e aceitar ajuda.
- Aplicação de pequenas técnicas de relaxamento para encerramento de sessão.

Método

- Exposição Teórica.
- Discussão em Grupo.

Material

- Computador com colunas de som.
- Termómetro das Emoções.

8ª Sessão – “Avaliação da Eficácia deste Grupo de Intervenção”

Objetivos:

- ✓ Conselhos finais aos participantes.
- ✓ Esclarecimento de dúvidas e/ou orientações futuras.
- ✓ Aplicar os questionários novamente para a avaliação da eficácia do programa.
- ✓ Relaxamento.

Conteúdo

- Faz-se uma breve revisão dos conteúdos abordados de todas as sessões.
- Leitura de um poema para refletirem e debaterem.
- Avaliar o trabalho entre as sessões.
- Administração do questionário de satisfação.
- Aplicação de pequenas técnicas de relaxamento para encerramento de sessão.

Método

- Interação em Grupo.

Materiais

- Computador com colunas de som.
- Folha com o poema impresso.
- Questionários de Avaliação das Sessões de Formação.

Psicometria para Avaliação da Eficácia do Grupo Terapêutico

- ✓ CES-D.
- ✓ Termómetro das Emoções.
- ✓ Um questionário de Avaliação da Intervenção.

Referências

Allan, & Pease, B. Desvendando os segredos da Linguagem Corporal.

Almeida, A. Comunicação, Saúde Mental e Psicopatologia.

APA (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V)*.

Lisboa: Climepsi Editores.

- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35, 502–514, doi:10.1002/da.22728.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive-Behaviour Therapy*, 38(1), 29-34.
- Correia, D. (2014). *Manual de Psicopatologia* (2.^a ed.). lidel.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753.
- DGS - Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2013*.
- EUGÉNIA FERNANDES, Â. D. (2008). Impacto do exercício de psicoterapia nos psicoterapeutas. *Análise Psicológica*.
- Cunha, L., & Silva, R. (2013). *Emoções: Uma construção reflexiva*. Potiguar.
- Dobson, Keith S., *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, third edition.
- Dobson, Keith S. & Dobson, D., *Evidence Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*, The Guilford Press.
- Eells, Tracy D., *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*, second edition.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). *Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in*

adults, children and adolescents: A meta-analysis. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21(3), 147-175.

Gonçalves, O. *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas.* Edições Afrontamento.

Gonçalves, O. (1990). *Terapia Comportamental: Modelos Teóricos e Manuais Terapêuticos.* Edições Afrontamento.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30, 54-64.*

Qualidade de vida: a importância de manter corpo e mente saudáveis. Obtido 10 de Novembro de 2018, de <http://www.hportugues.com.br/hospital/noticias/2010/dezembro/qualidade-de-vida-a-importancia-de-manter-corpo-e-mente-saudaveis>.

Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica, 35(2), 213–230.* <https://doi.org/10.14417/ap.1287>.

Ramos, A., & Bortagarai, F. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde.

Silva, L. M., Brasil, V. V., Guimarães, H. C., Savonitti, B. H., & Silva, M. J. (2000). *Comunicação não-verbal: reflexões a cerca da linguagem corporal.*

**CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
(Radlof, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2003)**

Nesta página encontra uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido durante a última semana. Coloque uma cruz na coluna que melhor se identifica com o que sentiu na última semana, tendo em conta que as opções significam:

Nunca ou raramente - menos de 1 dia da semana passada;

Ocasionalmente - 1 ou 2 dias da semana passada;

Com alguma frequência - 3 ou 4 dias da semana passada;

Com muita frequência ou sempre - 5 ou 7 dias da semana passada.

Durante a semana passada:	Nunca ou raramente (< 1 dia)	Ocasionalmente (1 a 2 dias)	Com alguma frequência (3 a 4 dias)	Com muita frequência ou sempre (5 a 7 dias)
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite				
3. Senti que não consegui livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda dos amigos ou da família				
4. Senti que valia tanto como os outros				
5. Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer				
6. Senti-me deprimido				
7. Senti que tudo do que fazia era um esforço.				
8. Senti-me confiante no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me com medo.				
11. Dormi mal.				
12. Senti-me feliz.				
13. Falei menos do que o costume.				
14. Senti-me sozinho.				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo				
16. Senti prazer ou gosto na vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Senti falta de energia.				

Contrato Pessoal

Eu,

estabeleço o seguinte contrato comigo mesmo.

Objetivo: Durante esta semana, eu vou fazer as seguintes atividades prazerosas:

Recompensa:

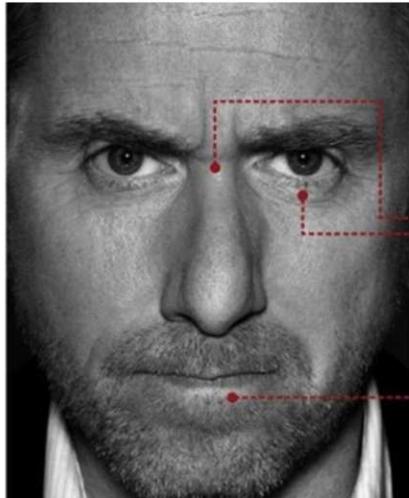
Eu atingi o meu objetivo, logo, vou-me recompensar com:

Data em que atingi o meu objetivo:

Data em que dei a mim próprio a recompensa:

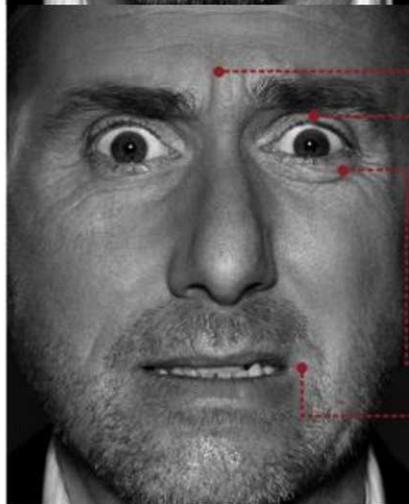
Assinatura: _____ **Data:** _____

Sessão 5



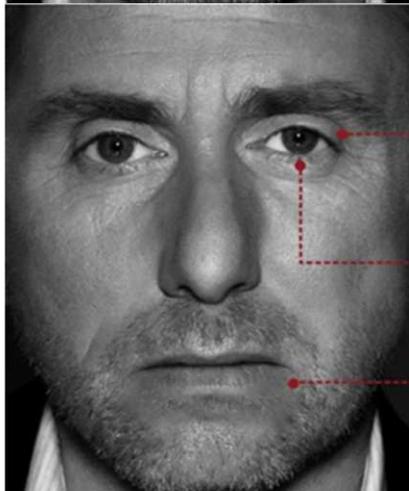
raiva

- ① sobrancelhas baixas e juntas
- ② brilho nos olhos
- ③ estreitamentos dos lábios



medo

- ① sobrancelhas levantadas
- ② pestanas superiores levantadas
- ③ pestanas inferiores tensas
- ④ lábios ligeiramente esticados em direcção às orelhas



tristeza

- ① pálpebras descaídas
- ② perda de foco nos olhos
- ③ cantos da boca ligeiramente para baixo

Tarefa de Casa

O que aconteceu?	O que pensei?	O que senti? (medo, raiva/tremor, ansiedade)	O que fiz?

Nome: _____ Data: _____

Técnicas de Relaxamento progressivo de Jacobson

Pés

Traga a sua atenção a seus pés.

Aponte seus pés para baixo, e enrole os dedos dos pés.

Aperte os músculos do dedo do pé suavemente.

Observe a tensão por alguns momentos, depois solte e observe o relaxamento.

Repita.

Torne-se consciente da diferença entre os músculos quando eles estão tensos e relaxados.

Continue a contrair e relaxar os músculos da perna do pé para a área abdominal.

Abdômen

Aperte levemente os músculos de seu abdômen.

Observe a tensão por alguns momentos e em seguida solte e observe o relaxamento. Repetir.

Torne-se consciente da diferença entre os músculos tensos e os músculos relaxados.

Ombros e Pescoço

Muito gentilmente encolha os ombros para cima em direção a seus ouvidos. Não se esforce.

Sinta a tensão por alguns momentos, e depois sinta o relaxamento. Repetir.

Observe a diferença entre os músculos tensos e os músculos relaxados.
Concentre-se nos músculos do pescoço, em primeiro lugar tensos e depois relaxados até que você sinta o relaxamento total nesta área.

Técnica localizada

4. Feche suas mãos com força para sentir a tensão. Mantenha por 5 segundos e, lentamente, permitir que os dedos se liberem um por um até que estejam completamente relaxados.
5. Pressione os lábios com força e mantenha por 5 segundos, sentindo a tensão. Solte lentamente. Os lábios devem ser completamente relaxado e mal se tocarem após isso.
6. Finalmente, pressione sua língua contra o céu-da-boca por 5 segundos e observe a tensão. Lentamente relaxe a língua até que ela esteja no 'chão da boca' e suas mandíbulas ligeiramente estendidas.

ROTEIRO DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA E RELAXAMENTO PROGRESSIVO

Este roteiro servirá para seu treino individual, devendo ser realizado preferencialmente todos os dias. Trata-se de um roteiro de exercícios que você deverá aprender a realizá-los de forma o mais automaticamente possível, para utilizar nas situações em que se fizerem necessárias (ao se sentir tenso, ansioso, com insônia, etc...).

Aprenda a realizá-lo na posição deitado, inicialmente, e posteriormente na posição sentada. Repita cada movimento por duas ou três vezes.

Cada movimento deverá durar cerca de 10 segundos.

Procure perceber o melhor possível, o estado do músculo que você estiver a relaxar.

Procure não pensar ou se preocupar com coisa alguma. Apenas se concentre na atividade de relaxamento. Focalize sua atenção em sua respiração ou nas regiões do seu corpo com as quais você estará a lidar durante o procedimento.

1. Sentado confortavelmente, com as mãos apoiadas nas coxas e pernas ligeiramente afastadas, e as palmas das mãos voltadas para baixo, ombros relaxados, feche os olhos e respire tranquila e profundamente. Procure efetuar os movimentos respiratórios de tal forma que haja pouco movimento torácico (movimento do peito) e mais movimentos abdominais (movimento de barriga). Ao inspirar, expanda o abdome (encher a barriga) e ao soltar o ar, sinta sua barriga como que esvaziando. Procure manter sua atenção focalizada nos movimentos respiratórios. Na inspiração, conte mentalmente quatro tempos (tempo subjetivo), retenha o ar por dois tempos e expire durante cinco tempos. Reinicie os movimentos após reter os pulmões vazios por dois tempos. Faça este exercício de respiração por cerca de 5 minutos.

2. Mantendo todo o corpo relaxado, focalize sua atenção em seu braço direito. Dobre seu pulso, forçando ligeiramente sua mão direita para trás. Mantenha essa posição por uns dez segundos e sinta que os músculos de seu braço estão tensos. Em seguida, volte

sua mão à posição original de repouso (relaxada). Respire profunda e calmamente e solte o ar lentamente, e relaxe-se enquanto solta o ar. Efetue a respiração por três vezes e repita o exercício.

3. Mantendo o seu corpo relaxado, respirando tranquilamente, dobre sua mão na altura do pulso para dentro, em direção a seu corpo e perceba a tensão em seu braço. Mantenha todo o seu corpo relaxado, criando tensão somente no seu braço direito. Pare de forçar e relaxe todo o seu braço. Respire calmamente por três vezes. Repita o exercício.

4. Ainda focalizando sua atenção no seu braço direito, feche sua mão direita mais ou menos fortemente, dobre seu braço em direção ao seu ombro, mantendo seus dedos voltados em direção ao seu corpo. Sinta a tensão que se forma em todo o braço direito. Procure manter todo o resto de seu corpo relaxado. Respire calmamente por três vezes e repita o exercício.

5. Repita os mesmos exercícios agora com o braço esquerdo e mantendo o restante do corpo o mais relaxado que você puder.

6. Focalize sua atenção em sua perna direita. Procurando manter todo o corpo relaxado, force as pontas de seus dedos de seu pé direito na superfície de apoio, levantando o calcanhar, forçando um pouco como se estivesse empurrando algo e perceba toda a tensão que se forma na parte frontal de sua perna. Volte à posição anterior (relaxado). Respire calmamente por três vezes e na medida em que solta o ar, relaxe cada vez mais.

7. Flexione o seu pé direito para trás, apoiando o calcanhar na superfície de apoio, forçando um pouco. Sinta a tensão que se forma em sua perna direita. Mantenha a posição por uns dez segundos e volte seu pé à posição anterior (relaxado). Respire como fez anteriormente.

8. Mantendo todo o corpo relaxado, focalize sua atenção para a perna esquerda. Efetue de forma semelhante aos exercícios 6 e 7 com a perna esquerda.

9. Mantendo todo o corpo relaxado, force seus ombros em direção às orelhas, respirando tranquilamente, perceba toda a tensão em seus ombros. Volte à posição anterior (ombros relaxados), movimente os ombros efetuando movimento rotatório, e relaxe. Tente perceber a diferença. Respire tranquilamente.

10. Focalize sua atenção no seu rosto. Franza a testa como se estivesse preocupado (a). Mantenha essa posição por cerca de dez segundos. Perceba a tensão que se forma em sua testa. Relaxe sua testa e sinta a diferença. Respire calmamente. Repita o exercício.

11. Cerre os dentes e faça movimentos de “mastigar”. Sinta a tensão que se forma no músculo da mastigação. Solte e relaxe. Respire calmamente como anteriormente.

12. Procure manter todo o seu corpo relaxado, respirando tranquilamente e sem nenhuma preocupação. Fique nesta posição por cerca de 2 minutos e sentindo todo o corpo relaxado. Encerrar o relaxamento gradativamente, respirando mais profundamente por 2 vezes, abrindo lentamente os olhos e se espreguiçando descontraidamente. Permaneça por mais alguns segundos com o corpo todo relaxado.

Anexo III.c
Material de Apoio às Sessões





Grupo Terapêutico da Depressão



Terapeuta: 
Co-Terapeuta: 
Orientador: Dr. 

Descrição do Programa

Modelo Cognitivo-
Comportamental

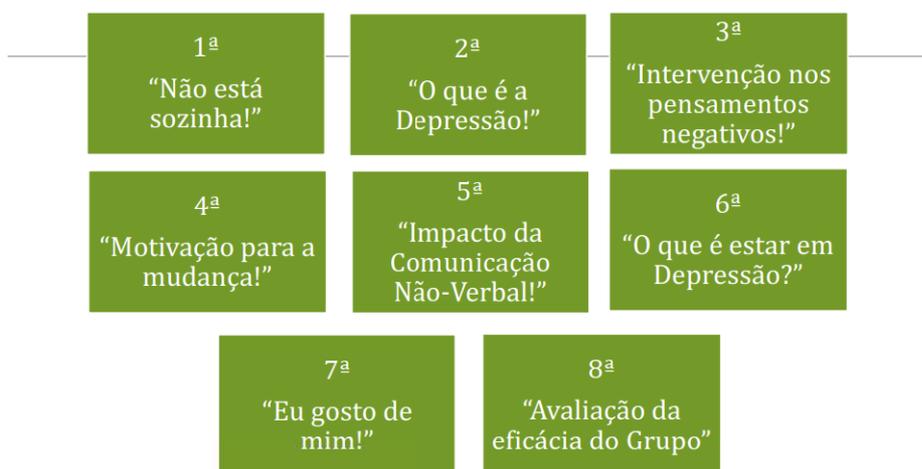
8 sessões

Quinzenais

2 Terapeutas

90 minutos

O que vai acontecer?



Cronograma das sessões



1ª 7 de Março 14h00	2ª 21 de Março 14h00
3ª 4 de Abril 14h00	4ª 18 de Abril 14h00
5ª 9 de Maio 14h00	6ª (23/05) 6 de Junho 14h00
7ª 27 de Junho 14h00	8ª 11 de Junho 14h00

Objetivos Gerais

- ✓ Reduzir a sintomatologia depressiva.
- ✓ Aumentar a qualidade de vida.
- ✓ Prevenir recaídas e manter os ganhos.

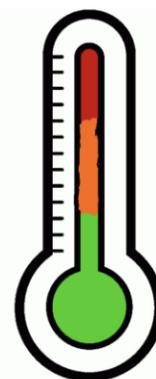
Objetivos Específicos

- ✓ Compreensão do conceito Depressão.
- ✓ Funcionamento nas AVD's.
- ✓ Aprendizagem de técnicas de relaxamento.
- ✓ Promoção de pensamentos adaptativos.

➤ As perturbações depressivas são as mais frequentes.

Sessão 1

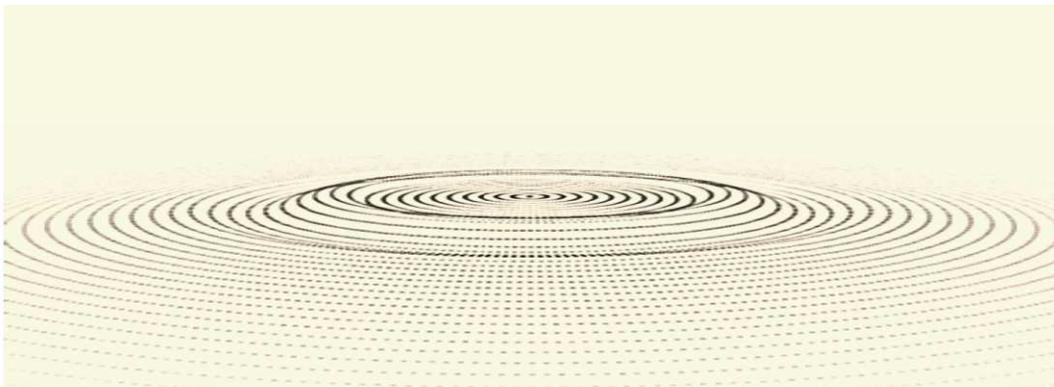
“Não está sozinha!”





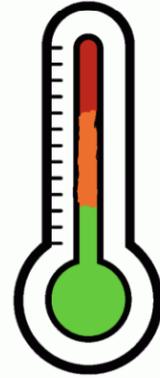


Exercício de Relaxamento



Sessão 2

“O que é a Depressão?”



Depressão

- É uma doença comum, incapacitante e custosa.
- Estima-se a prevalência em torno de 15% ao longo da vida.
- Acomete mais mulheres do que homens (2:1).
- Primeira causa de incapacitação entre todas as doenças médicas.
- Principal causa de suicídio.
- Altamente tratável.

OMS, 2016; Gelenberg et al. 2007

Diagnóstico

- A Depressão é o resultado de uma interação complexa entre fatores sociais, psicológicos e biológicos.
- Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, pode ser categorizada como Ligeira, Moderada ou Grave; Episódio único, Persistente ou Recorrente.
- O diagnóstico é realizado através de um rigorosa e detalhada avaliação de:
 - Anamnese;
 - Exclusão de causas médicas secundárias;
 - Exame do Estado Mental.

Sintomatologia cognitiva

- Problemas de atenção.
- Problemas de concentração.
- Problemas de memória (perda de memória e esquecimento).
- Atenção auto-focalizada e centrada em emoções negativas.
- Lentidão de pensamento ou dificuldade para pensar; confusão de ideias ou inibição.
- Preocupadas, indecisas e com ruminatórias.

Sintomatologia afetiva e emocional

- Alteração do estado de ânimo ou tristeza patológica (abatimento, desesperança, pessimismo, desamparo ou amargura).
- Sensação de vazio, insensibilidade, anestesia emocional ou incapacidade de ter sentimentos.
- Disforia, anedonia, ansiedade, sentimentos de solidão, isolamento ou incapacidade, sentimentos de culpa e de fracasso, vontade de chorar ou incapacidade de chorar.

Sintomatologia comportamental

- Atividade motora reduzida.
- Atraso ou lentidão psicomotora.
- Gestos (cabeça baixa, postura curva, pouco contato ocular, voz baixa).
- Diminuição de atividades e abandono de responsabilidades.
- Fadiga.
- Perturbação do sono.
- Dores de cabeça.
- Perda de apetite ou excesso.
- Alterações de peso.
- Oscilações diurnas do humor (pior de manhã).
- Perda do interesse sexual

Sintomas motivacionais

- Apatia.
- Aborrecimento.
- Indiferença.
- Incapacidade para aproveitar as coisas e desfrutar.

Competências a desenvolver

- Monitorização do humor.
- Sociais e interpessoais.
- Aumento das atividades de prazer.
- Relaxamento.
- Pensamento construtivo.
- Negociação e resolução de problemas.
- Prevenção de recaída: Objetivos a curto e a longo prazo e Potenciais obstáculos.

Em Portugal...

Cerca de 10% da população geral sofre um Episódio Depressivo ao longo da sua vida.

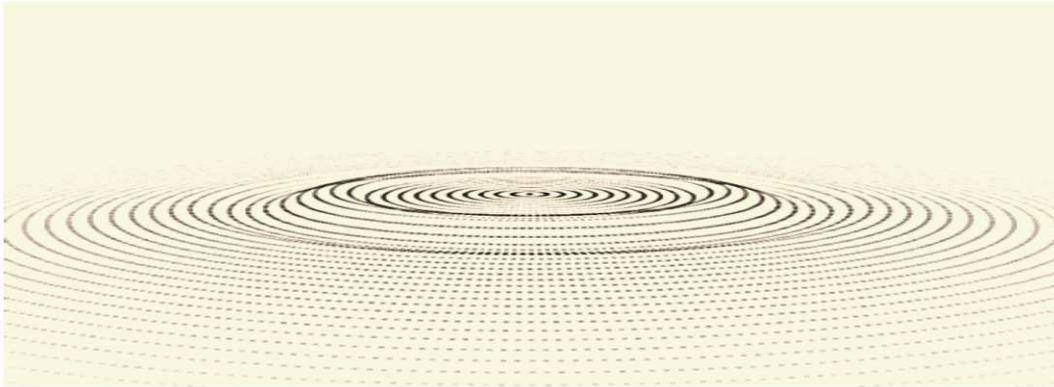
Cerca de 3% da população sofre uma Perturbação Depressiva.

Entre 10 a 25% nas mulheres e 5 a 12% nos homens.

Surge entre os 25 e 45 anos.

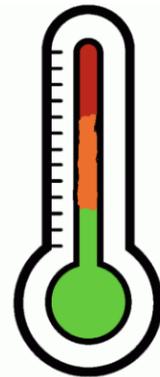
As mulheres deprimem entre os 18 e 30 anos e os homens entre os 30 e 50 anos.

Exercício de Relaxamento



Sessão 3

“Intervenção nos pensamentos negativos!”



Tipos de sono

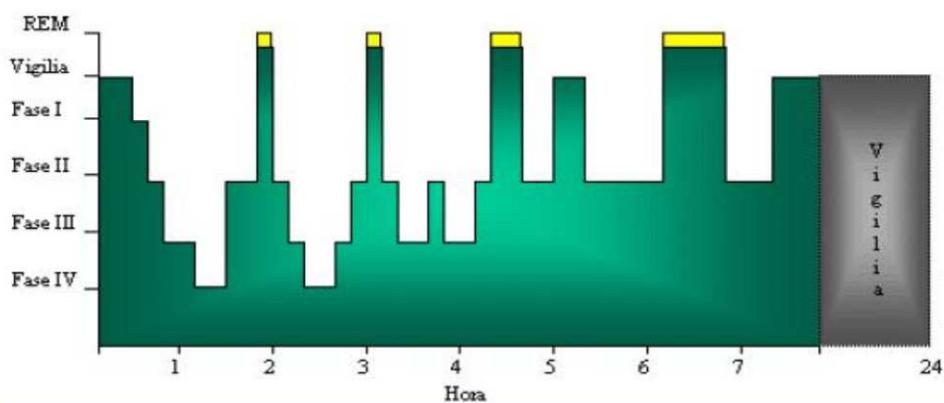
Sono REM (Rapid Eye Moviment)

e

Sono Lento ou NREM

- Movimentos rápidos dos olhos.
- Atonia muscular (falta de força).
- Alterações cardio-respiratórias.
- Alterações da temperatura .
- Ereção do pénis.
- Sonho.

Fases do sono



O que é a Insônia?

A Insônia é um dos sintomas mais comuns em saúde mental.

Cerca d 1/3 da população adulta sofre de insônias.

- Dificuldade em adormecer (insônia inicial).
- Dificuldade em permanecer adormecido (insônia intermédia).
- Despertar muito precoce e não voltar a adormecer (acordar entre as 3h e as 5h).

A insônia inicial e a intermédia geralmente ocorrem associadas a quadros de Ansiedade Aguda ou Crónica, Tensão ou Preocupação excessiva e de Depressão.

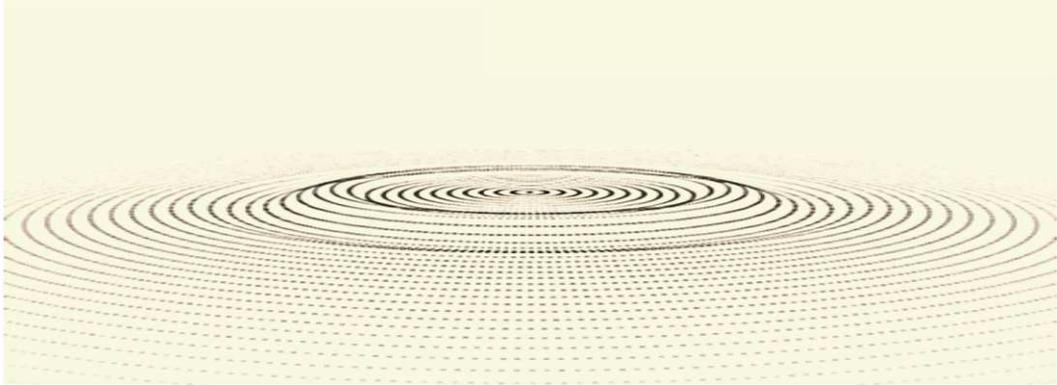
Insônia

Fatores associados à insônia	Fatores facilitadores do sono
<ul style="list-style-type: none"> - Ingestão de café à tarde ou à noite - Ingestão de bebidas alcoólicas à noite - Alimentação copiosa à noite - Trabalhos difíceis e estressantes no período noturno - Atividade tensa no período noturno (trabalho intelectual difícil, uso do computador, esportes competitivos, etc.) - Televisão no quarto - Despertar e levantar da cama a cada dia em horários muito diferentes - Trabalho em turnos 	<ul style="list-style-type: none"> - Acordar todos os dias na mesma hora - Não forçar o sono e retirar o despertador do lado da cama - Atividades relaxantes no período noturno como banho, tomar um chá bem quente com uma pessoa amiga, etc. - Quarto escuro, fresco e silencioso - Peso corporal adequado - Atividade física regular

Regras para dormir melhor!

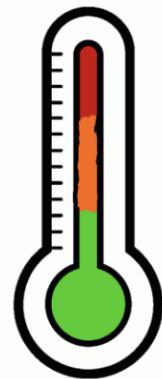
- ❖ Ir para a cama quando se tiver sono.
- ❖ Acordar sempre por volta da mesma hora.
- ❖ Evitar o consumo de álcool à noite.
- ❖ Evitar alimentos e bebidas com cafeína.
- ❖ Evitar as sestas durante o dia.
- ❖ Fazer exercício regularmente.
- ❖ Evitar grandes quantidades de comida antes de ir dormir.
- ❖ Evitar o consumo tabágico.
- ❖ O quarto deve ser um local confortável (atenção à temperatura e aparelhos elétricos).
- ❖ Promover o relaxamento diariamente.

Exercício de Relaxamento



Sessão 4

“Motivação para a mudança!”



Revisão 1

Tarefa de Casa

O que aconteceu?	O que pensei?	O que senti? (medo, raiva/tremor, ansiedade)	O que fiz?
Chatee-me com um familiar...	Já passei por isto... Não estou bem da cabeça...	Raiva Tremores Dores de cabeça	<u>Chorei</u>

Revisão 2

Tarefa de Casa

O que aconteceu?	O que pensei?	O que senti? (medo, raiva/tremor, ansiedade)	O que fiz?
Fui dar um passeio... Disseram-me uma coisa que não gostei...	Tentei divertir-me...	<u>Ansiedade</u>	Tentei acalmar-me. Tomei os comprimidos.

Alimentação!

Evitar bebidas com cafeína.

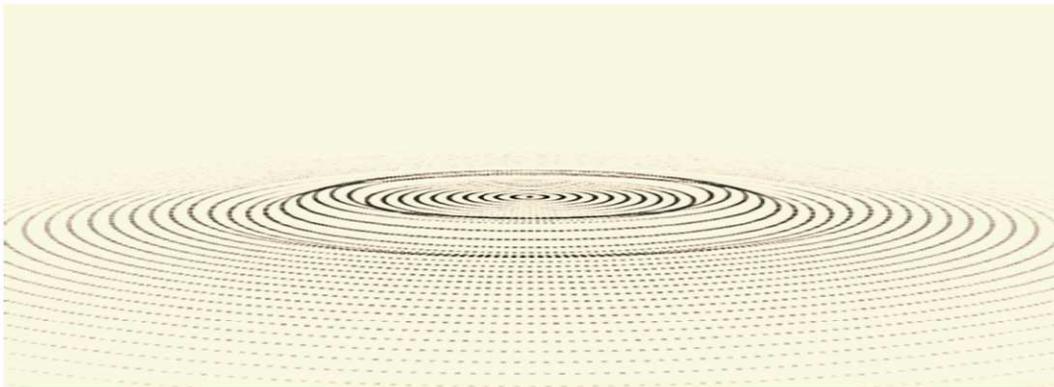
Beber água ao longo do dia.

Evitar alimentos com açúcar porque são baixos em energia, diminuem a concentração e aumentam a sonolência.

Utilizar a regra **“Desembalar menos, descascar mais!”**

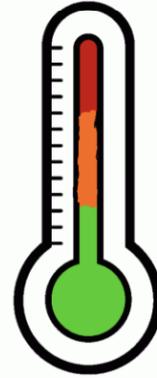


Exercício de Relaxamento



Sessão 5

“Impacto da Comunicação Não-Verbal!”



Comunicação Humana

Comunicar

- É tanto um **fenómeno** quanto uma **função social**.
- É um **processo de interação** no qual transferimos a informação (simples ou complexa) entre dois ou mais sistemas e compartilhamos:

- Mensagens
- Ideias
- Sentimentos
- Emoções

Podendo influenciar o comportamento das pessoas



Que vão reagir a partir das suas crenças, valores, história de vida e cultura.

(Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000)



Comunicação Não-Verbal

- Exterioriza o ser psicológico.
- Completa, contradiz e substitui a comunicação verbal.
- A principal função é a demonstração de sentimentos (em caso de conflito entre a mensagem verbal e a comunicação não-verbal, a mensagem não-verbal é a que permanece).
- **Qualifica a interação humana**, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor.

As investigações realizadas às expressões faciais e aos movimentos corporais têm múltiplas aplicações no **estudo da Depressão e em outras doenças psicopatológicas.**

O estudo do comportamento não-verbal engloba as atividades da **expressão facial, movimentos das mãos e postura, os olhares, o elevar da sobrancelha, o esfregar das mãos e o bater do pé.**



Existem **5 canais de comunicação não-verbal** diferentes:

1. Canais básicos

- As **expressões faciais**, o **olhar**, os **movimentos corporais e gestos** e os **sinais vocais** (velocidade da fala e a entoação).

2. Facial

- Alterações na **boca, sobrancelhas, rosto, músculos oculares, dilatação da pupila**, e a **direção do olhar**.

3. Corpo

- A **gesticulação dos braços e das mãos**, o **posicionamento do tronco**, o **posicionamento dos braços e pernas**, **postura** e o **ângulo do corpo**.

4. Gestos

- Ajudam na comunicação de mensagens, **dando uma clarificação**, como apontar para um objeto.

5. Voz

- Expressa sentimentos e emoções através de **timbre**, a **entoação**, a **velocidade**, **ritmo**, **faixa de afinação** e **volume**.

(Ambady & Rosenthal, 1998)

E.g.: O olhar direto, sem o sorriso e o tom morno, vistos em conjunto, podem transmitir dominância ou intimidação.

Perturbações Depressivas

Observa-se:

- Mimica inexpressiva (que traduz apatia ou desmotivação) → (o paciente fica “sem forças” para gesticular)

outras vezes apresentam:

- Permanente expressão facial de tristeza
- Movimentos lentificados → (falta de vontade/estímulo em fazer alguma coisa)
- Posturas características (que traduzem desalento e desespero)



Características da Comunicação Não-Verbal

- Piscar muitas vezes os olhos → Em mécia, 15x/min, num momento de ansiedade, o número pode chegar a 40.
- Cruzar os braços e acarinhá-los → O auto-carinho é um sinal que os ansiosos emitem de que querem ficar mais calmos.
- Roer as unhas
- Morder os lábios
- } *“Existem pessoas que têm este hábito, mas não é considerado ansiedade e, sim, um comportamento repetitivo” (Ronaldo Cavalli).*
- Movimento de pêndulo → Quando a pessoa está em pé e balança suavemente o corpo de um lado para o outro, quer dizer que, inconscientemente, está a tentar acalmar-se.
- Balbuciar pensamentos → Alguém parado e com os lábios a mover-se (subvocalização dos pensamentos).
- “Limpar” as pernas → Um sinal clássico de ansiedade é o suor. Em boa parte das vezes, além da axila, ele também aparece na palma das mãos.
- Bater o pé no chão
- Abanar as pernas
- } A maioria das pessoas hiperativas apresentam essa característica.

A importância da comunicação não-verbal está na nossa capacidade de comunicarmos eficazmente, criarmos relação e empatia com quem nos ouve e aumentarmos a nossa capacidade de influência.

Às vezes até sabemos as “palavras certas” para dizer mas a nossa linguagem não-verbal trai-nos mostrando que não é aquilo em que acreditamos o que reduz a nossa credibilidade.

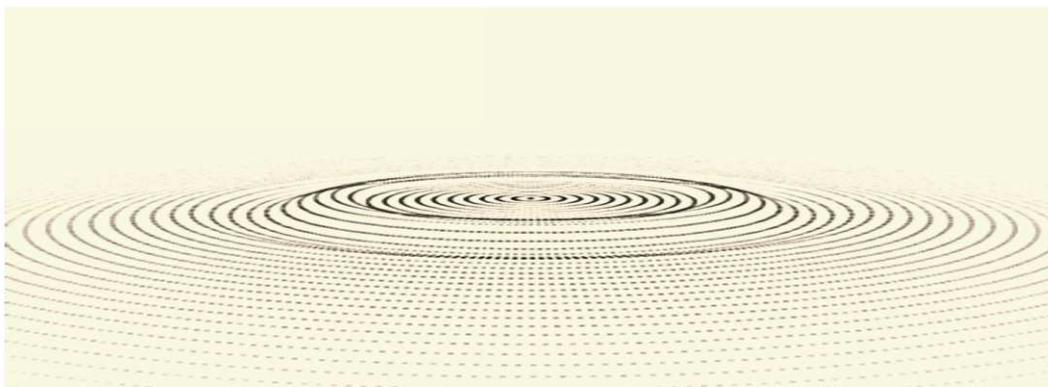
Um gesto vale mais que 1000 palavras, mas por vezes, são precisas mais que 1000 palavras para abordar um assunto tão amplo que contemple o gesto e o seu possível significado.

“O mais importante na comunicação é ouvir o que não foi dito.”

(Peter Drucker)



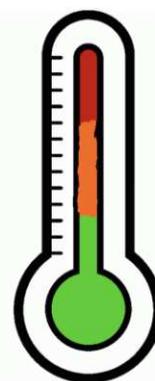
Exercício de Relaxamento



Sessão 6

“O que é estar em Depressão?”

Para mim, a Depressão é...

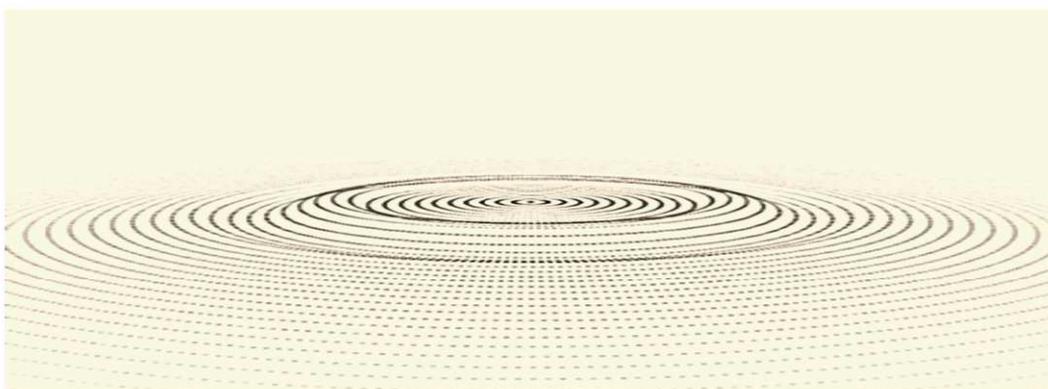


Devido á Depressão, já...

Ansiedade e/ou Depressão?

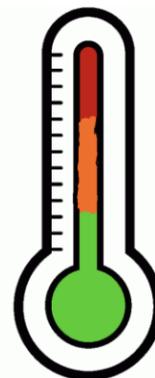
As síndromes e as reações depressivas surgem com muita frequência após perdas significativas de pessoa muito querida, emprego, moradia, status socioeconômico ou de algo puramente simbólico.

Exercício de Relaxamento



Sessão 7

“Eu gosto de mim!”



O que é a Autoestima?

Sentimento que tem por si mesma.

Avaliação que a pessoa faz de si mesma.

Expressa uma atitude para si mesma de aprovação ou repulsa.

Até que ponto ela se considera capaz, significativa e valiosa.



Estima = Afeição; Consideração; Valorização.

Boa Autoestima

- Alegria
- Otimismo
- Utilidade
- Autoconfiança
- Competência
- Merecimento
- Autoaceitação
- Tolerância
- Perseverança
- Tem algo de bom em si
- Capaz de amar



Baixa Autoestima

- Incompetência
- Vitimismo
- Auto deprecição
- Pessimismo
- Inferioridade
- Ansiedade
- Exclusão
- Intolerância
- Rejeição
- Autocrítica elevada
- Angústia
- Insegurança
- Inadequação
- Isolamento Social
- Rigidez
- Não merecimento



Considerações sobre a Autoestima!

- ❖ Quando a Autoestima é baixa, a resistência diante da vida e das suas adversidades diminui.
- ❖ Uma pessoa com baixa autoestima tende a ser mais influenciada pelo desejo de evitar a dor do que a vivenciar o prazer.
- ❖ Uma autoestima elevada procura metas desafiadoras e ajuda a atingir objetivos exigentes.
- ❖ Ela contribui de forma essencial para a vida da pessoa e para a sua saúde.
- ❖ É indispensável para um desenvolvimento normal e saudável.
- ❖ A Autoestima é o “Sistema Imunológico” da consciência.
- ❖ Fornece resistência, força e capacidade de regeneração.

Atributos com Baixa Autoestima!

- Apresenta sentimentos de isolamento e ansiedade.
- Grande sensibilidade às críticas.
- Dificuldade de afirmar as próprias opiniões e necessidades.
- Desistir com facilidade evitando desafios.
- Ter reduzida a clareza e o entendimento de si mesma.
- Evitação de situações de risco e de exposição de si mesma.

Atributos com Alta Autoestima!

- Evita preocupar-se com medos e ambivalências.
- Tem uma orientação mais realista e direta quanto às metas pessoais.
- Demonstra confiança e otimismo nos próprios atributos.
- É pouco sensível a críticas.

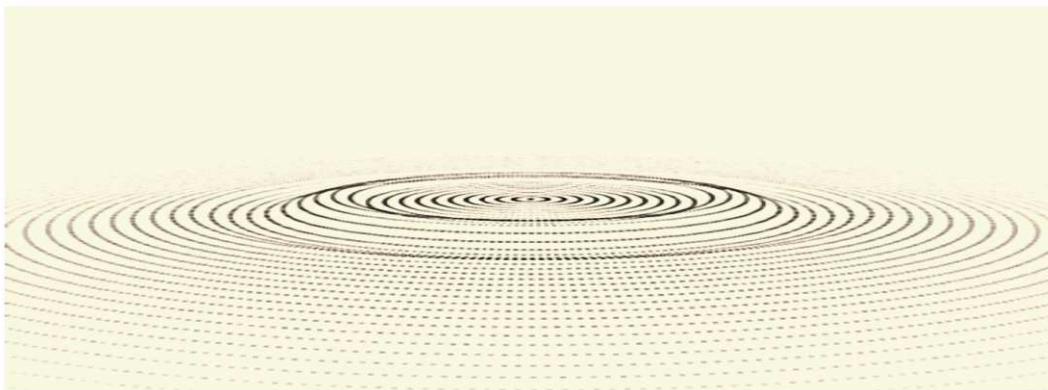
Proposta para a Promoção da Autoestima!

- ✓ Constrói-se no dia-a-dia, na intimidade das relações.
- ✓ Respeito pelas diferenças individuais.
- ✓ Convicção de que confia no seu potencial.
- ✓ Aceitação dos limites individuais.



**“Plante seu jardim e decore sua alma,
ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.”**
(William Shakespeare)

Exercício de Relaxamento



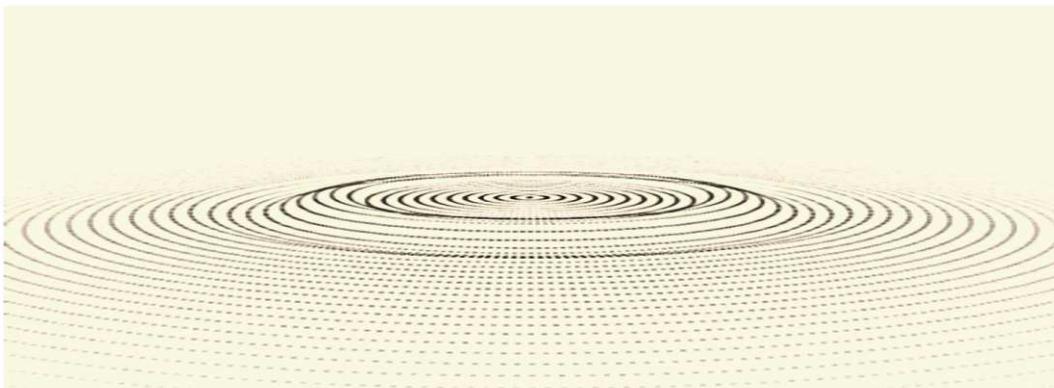
Sessão 8

“Avaliação da Eficácia deste Grupo de Intervenção!”



Contato via e-mail: 

Exercício de Relaxamento



Referências Bibliográficas

Allan, & Pease, B. *Desvendando os segredos da Linguagem Corporal*.

Almeida, A. *Comunicação, Saúde Mental e Psicopatologia*.

Mesquita, R. (1997). *Comunicação Não Verbal: Relevância na atuação profissional*.

Ramos, A., & Bortagarai, F. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde.

Silva, L. M., Brasil, V. V., Guimarães, H. C., Savonitti, B. H., & Silva, M. J. (2000). *Comunicação não-verbal: reflexões a cerca da linguagem corporal*.

Anexo IV

Estudo de Caso

[Redacted]

[Redacted]

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)
(Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999)

NOME: [Redacted] DATA: [Redacted]

Este questionário ajudará o seu médico a saber como se tem sentido. Leia todas as frases. Marque com um "X" na resposta que melhor corresponde a como tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Sinto-me tenso:

(3) A maior parte do tempo
(2) Muitas vezes
(1) De vez em quando, ocasionalmente
(0) Nunca

D 2) Eu ainda gosto das coisas que costumava gostar:

(0) Sim, tanto como gostava
(1) Não tanto como gostava
(2) Só um pouco do que gostava
(3) Nada como gostava

A 3) Eu sinto-me um pouco assustado(a), como se algo terrível estivesse para acontecer:

(3) Sim, e bastante forte
(2) Sim, mas não tão forte
(1) Um pouco, mas isso não me preocupa
(0) Não, de maneira nenhuma

D 4) Consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas:

(0) Tanto como costumava conseguir
(1) Não tanto como costumava conseguir
(2) Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
(3) Não, de maneira nenhuma

A 5) Tenho preocupações que não me saem da cabeça:

(3) A maior parte do tempo
(2) Muito tempo
(1) De vez em quando, mas não muitas vezes
(0) Apenas ocasionalmente

D 6) Sinto-me alegre:

(3) Nunca
(2) Poucas vezes
(1) Às vezes
(0) A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e senti-me relaxado:

(0) Sim, definitivamente
(1) Geralmente
(2) Poucas vezes
(3) De modo nenhum

D 8) Sinto-me mais lento(a) ou vagaroso(a):

(3) Quase sempre
(2) Muitas vezes
(1) Às vezes
(0) Nunca

A 9) Sinto uma espécie de medo, como se fosse um aperto no estômago ("borboletas"):

(0) Nunca

(1) Ocasionalmente
(2) Bastantes vezes
(3) Muitas vezes

D 10) Perdi o interesse pela minha aparência:

(3) Sim, definitivamente
(2) Não me culdo tanto como deveria
(1) Talvez não me culdo tanto
(0) Cuido-me como sempre

A 11) Sinto inquieto(a), como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro:

(3) Sim
(2) Sim, bastante
(1) Não muito
(0) Não, de forma alguma

D 12) Antecipo as coisas com satisfação:

(0) Tanto como costumava fazer anteriormente
(1) Um pouco menos do que anteriormente
(2) Muito menos que anteriormente
(3) Quase nunca

A 13) Tenho sentimentos súbitos de pânico:

(3) Com muita frequência
(2) Bastantes vezes
(1) Não muitas vezes
(0) Nunca

D 14) Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou de rádio:

(0) Frequentemente
(1) Às vezes
(2) Poucas vezes
(3) Raramente

SCL - 90 - R

Nome: _____ Data: _____ N.º Processo: _____

INSTRUÇÕES: Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreva O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AVELICOU DURANTE O PERÍODO O DIA DO MÊS. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma pergunta por responder.

ATE QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTES SINTOMAS:	Nunca		Pouco		Muito		Extrema	
	0	1	2	3	4	5	6	
1. Dores de cabeça					X			
2. Nervosismo ou tensão interior					X			
3. Pensamentos desorganizados repetitivos que não lhe deixam a mente					X			
4. Sensações de desmaio ou tonturas					X			
5. Perda do interesse ou prazer actual					X			
6. Sentir-se criticado pelos outros					X			
7. Ter a impressão de que alguém pode controlar os seus pensamentos					X			
8. Ter a impressão de que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					X			
9. Dificuldade em se lembrar das coisas							X	
10. Preocupado com a saúde ou com a falta de cuidado						X		
11. Sentir-se facilmente irritado ou enojado				X				
12. Dor no coração ou no peito				X				
13. Medo da raia em dor situações abertas				X				
14. Falta de forças ou lentidão						X		
15. Pensamentos do nada: sem a vida					X			
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem				X				
17. Irritância				X				
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança				X				
19. Falta de apetite		X						
20. Choro fácil						X		
21. Sentir timidez ou falta de vontade perante o sexo oposto							X	
22. Ter a impressão de se sentir preso ou aprisionado em falta		X						
23. Sentir muito nervoso sem razão aparente		X						
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar		X						
25. Sentir medo de sair de casa sozinho		X						
26. Sentimentos de culpa		X						
27. Dor no fundo das costas (cravata)				X				
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas						X		

SCL - 90 - R

Nome: _____ Data: _____ N.º Processo: _____

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTES SINTOMAS:

	Nunca		Pouco		Muito		Extrema	
	0	1	2	3	4	5	6	
29. Sentir-se só							X	
30. Sentir-se triste							X	
31. Preocupado em dormir				X				
32. Não ter interesse por nada				X				
33. Sentir-se amedrontado				X				
34. Medir-se facilmente				X				
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos				X				
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas				X				
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si				X				
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que foram bem feitas				X				
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração				X				
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago				X				
41. Sentir-se inferior aos outros						X		
42. Sentir dores nas articulações						X		
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros						X		
44. Dificuldades em adormecer						X		
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz							X	
46. Dificuldades em tomar decisões							X	
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio				X				
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar)						X		
49. Aburrecimentos ou catatonia					X			
50. Evitar certas lugares ou actividades porque lhe causam medo				X				
51. Sensação de cabeça vazia							X	
52. Adormecimentos ou parestias (formigamentos) no corpo				X				
53. Não se levantar				X				
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro						X		
55. Dificuldades de concentração						X		
56. Sensações de fraca em algumas partes do corpo				X				
57. Sentir-se tonto ou atordoado							X	
58. Sentir as pernas ou os braços pesados				X				
59. Pensar na morte ou que vai morrer						X		
60. Comer demais							X	
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falado a seu respeito							X	
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios				X				
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém						X		

SCL - 90 - R

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:

	Nunca 0	Pouco 1	Moderada- dentado 2	Sempre 3	Extrema- mente 4
1. Dores de cabeça	X				
2. Nervosismo ou tensão interior	X				
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente	X				
4. Sensações de desânimo ou tonturas	X				
5. Perda de interesse ou prazer sexual		X			
6. Sentir-se irritado pelos outros	X				
7. Ter a impressão de que alguém pode controlar os seus pensamentos	X				
8. Ter a impressão de que os outros são culpados da maioria dos seus problemas	X				
9. Dificuldade em se sentir das coisas		X			
10. Preocupação com a saúde ou com a falta de cuidado		X			X
11. Sentir-se facilmente irritado ou magado		X			
12. Dores no coração ou no peito	X				
13. Medo da rua ou dos espaços abertos		X	X		
14. Falta de forças ou lentidão		X	X		
15. Pensamentos de acabar com a vida	X				
16. Ouvir vozes que os outros pessoas não ouvem	X				
17. Tremuras	X				
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança		X			
19. Falta de apetite		X			
20. Choro fácil			X		
21. Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto			X		X
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apalhado em falta	X				
23. Sentir medo súbito sem razão aparente	X				
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar	X		X		
25. Sentir medo de sair de casa sozinho	X				
26. Sentimentos de culpa	X				
27. Dores no fundo das costas (crucis)	X		X		
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas			X		

SCL - 90 - R

Nome: _____ Data: _____ N.º Processo: _____

INSTRUÇÕES: Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE... (INCLUINDO O DIA DE HOJE, Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma pergunta por responder.

SCL - 90 - R

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:

	Nunca 0	Pouco 1	Moderada- dentado 2	Sempre 3	Extrema- mente 4
29. Sentir-se só		X			
30. Sentir-se triste			X		
31. Preocupação em demasia			X		
32. Não se interessar por nada			X		
33. Sentir-se amedrontado		X			
34. Melancolia-se facilmente		X			
35. Ter a impressão que os outros pessoas conhecem os seus pensamentos		X			
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas		X			
37. Sentir que os outros pessoas não são suas amigas ou não gostam de si		X			
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que foram bem feitas		X			
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração		X			
40. vontade de vomitar ou mal estar no estômago		X			
41. Sentir-se inferior aos outros		X			
42. Sentir dores nas mãos			X		
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros		X			
44. Dificuldades em adormecer		X			
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz			X		
46. Dificuldades em tomar decisões			X		
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio		X			
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar)			X		
49. Afrescos ou calafrios		X			
50. Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo		X			
51. Sensação de cabeça vazia				X	
52. Adormecimentos ou picadas (formigamentos) no corpo		X			
53. Não se garganta			X		
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro			X		
55. Dificuldades de concentração			X		
56. Sensações de freguezia em algumas partes do corpo		X			
57. Sentir-se tenso ou aflito			X		
58. Sentir as pernas ou os braços pesados		X			
59. Pensar na morte ou que vai morrer		X			
60. Comer demais			X		
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falado a seu respeito			X		
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios		X			
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém		X			

2

SCL-90-R

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTES SINTOMAS:	Suave 1	Frustr. 2	Moderada 3	Intensa 4	Extrema 5
64. Acordar muito cedo de manhã.	X				
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas ações, como lavar, cuidar ou lavar-se.		X			
66. Sono agitado ou perturbado.		X			
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas.	X				
68. Ter pensamentos ou sonhos que os outros não partilham.	X				
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas.	X				
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema.		X			
71. Sentir que tudo constitui estorço.		X			
72. Ataques de terror ou de pânico.	X				
73. Sentir-se pouco à vontade quando corre ou bebe em lugares públicos.	X				
74. Envolver-se frequentemente em discussões.	X				
75. Sentir-se nervoso quando fica só.	X				
76. Sentir-se pouco seguro ou inseguro quanto ao valor da suas capacidades.		X			
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas.			X		
78. Sentir-se tão desconfiado que não consegue manter-se sentado quieto.	X				
79. Sentir-se sem propósito ou sem valor.	X				
80. Ter a sensação de que algo mau faz mal para acontecer.	X				
81. Criar ou sentir culpa.	X				
82. Medo de desmairar em público.	X				
83. Ter a impressão que se destaca às outras pessoas se aproveitarem de si.					X
84. Ter pensamentos acerca de sexo que o incomodam bastante.					X
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.		X			
86. Pensamentos ou imagens do natureza sensuária.	X				
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo.	X				
88. Nunca se sentir "primitivo" de outra pessoa.	X		X		
89. Sentimentos de culpa.	X		X		
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente.	X		X		

21

ESCALA DE ANSIEDADE DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ZUNG
(Ansiedade - Estado)

Nome: [Redacted] [Redacted]

Idade: 49

Data: [Redacted]

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas anote com uma cruz (X) no quadrado respectivo, aquilo que constitui a descrição mais aproximada da **maneira como se sente neste momento.**

	Nenhuma ou raramente	Algumas vezes	Uma ou mais vezes ao longo do tempo	A maior parte do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso que o costume.			X	
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso.		X		
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico.		X		
4. Sinto-me como se estivesse para rebentar.		X		
5. Sinto que não corre bem e que nada de mal acontecerá.			X	
6. Sinto os braços e as pernas a tremer.		X		
7. Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas que me incomodam.		X		
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado.			X	
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado.		X		
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais.		X		
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam.	X			
12. Tenho crises de desmaio ou sensação de que vou desmaiar.		X		
13. Posso inspirar e expirar com facilidade.	X			
14. Sinto os dedos das minhas mãos e pés entorpecidos e com picadas.			X	
15. Costumo ter dores de estômago ou má digestão.		X		
16. Tenho de espiralar a bochecha com frequência.		X		
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes.		X		
18. A minha face costuma ficar quente e corada.		X		
19. Adormego facilmente e costumo ter um bom descanso durante a noite.	X			
20. Tenho pesadelos.		X		

Total: 14 pontos

Observações: Repetição de alguns sintomas

263

ESCALA DE ANSIEDADE DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ZUNG
(Ansiedade - Estado)

Nome: _____
Idade: 43
Data: _____

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas anote com uma cruz (X) no quadrado respectivo, aquilo que constitui a descrição mais aproximada da maneira como se sente neste momento.

	Nenhuma ou rara vez	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso que o costume.	X			
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso.	X			
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico.	X			
4. Sinto-me como se estivesse para vomitar.	X			
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá.		X		
6. Sinto os braços e as pernas a tremar.	X			
7. Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas que me incomodam.	X			
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado.		X		
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso acalmar e ficar sossegado.			X	
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais.	X			
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam.	X			
12. Tenho crises de desmaio ou sensação de que vou desmaiar.	X			
13. Posso inspirar e expirar com facilidade.		X		
14. Sinto os dedos das minhas mãos e pés entorpecidos e com picadas.	X			
15. Costumo ter dores de estômago ou má digestão.		X		
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência.		X		
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes.		X		
18. A minha face costuma ficar quente e avermelhada.		X		
19. Adormeço facilmente e costumo ter um bom descanso durante a noite.			X	
20. Tenho pesadelos.	X			

Total: 24 pontos

Observações: _____

* Sint. MAB

Termómetros Emocionais

Alex Mitchell ©
 Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda	
Extremo						Desesperadamente
Nenhum						Consigo Resolver Sozinho(a)

Sint. MAB

Termómetros Emocionais

Alex Mitchell ©
 Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda	
Extremo						Desesperadamente
Nenhum						Consigo Resolver Sozinho(a)

Anti-B

Termómetros Emocionais

Alex Mitchell ©
Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:
Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda	
Extremo	10	10	10	10	10	Desesperadamente
	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	
Nenhum	0	0	0	0	0	Consigo Resolver Sozinho(a)

Anti-B

Termómetros Emocionais

Alex Mitchell ©
Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:
Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda	
Extremo	10	10	10	10	10	Desesperadamente
	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	
Nenhum	0	0	0	0	0	Consigo Resolver Sozinho(a)