



MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE E NEUROPSICOLOGIA

Sofia Manuela Ferreira Gonçalves

GANDRA, Janeiro de 2017

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE E NEUROPSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Sofia Manuela Ferreira Gonçalves

Supervisão: Dra Manuela Leite

Orientação: Dra. Gerly Macedo

GANDRA, Janeiro de 2017

Agradecimentos

Este estágio contou com a colaboração e apoio de diversas pessoas e entidades às quais desde já agradeço:

Ao Instituto Universitário de Ciências da Saúde e à Dra. Manuela Leite pelo seu apoio permanente no decorrer do estágio.

Um especial agradecimento à Dra. Gerly Macedo, fonte de aprendizagem e à Dra. Rosa Rodrigues pelo seu apoio e disponibilidade.

Juntos e com o apoio das demais entidades tudo se concretizou com sucesso.

LISTA DE ABREVIATURAS

APA- American Psychological Association

BDI- Inventário de Depressão de Beck

CES-D-Escala de Depressão

DPSM-Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EDRS- Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

IAD-Breve- Inventário de Atitudes frente à Dor Crónica

ICG-Inventário de Luto Complicado

IDATE- Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IES-R- Impacto da Escala de Eventos-Revisto

IUCS- Instituto Universitário de Ciências da Saúde

PLCP- Perturbação de Luto Complicado Persistente

QV – Qualidade de Vida

WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life – Bref

SCL 90- Escala de Avaliação de Sintomas

UNIPSI- Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

ÍNDICE

I-INTRODUÇÃO	7
II-O LOCAL DE ESTÁGIO	7
1. Caracterização	7
2. Caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	8
2.1. Unipsi- Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde	8
2.2. O Papel do Psicólogo na Unipsi	9
III-ATIVIDADES REALIZADAS	10
1. Reuniões de supervisão.....	10
2. Reuniões de orientação.....	10
3. Observação participante em Consultas de Psicologia e Psiquiatria no DPSM	11
4. Intervenção no âmbito do luto por suicídio.....	12
4.1. Intervenção cognitiva narrativa	12
4.2. Formação.....	16
5. Acompanhamento psicológico individual	16
6. Colaboração com outros colegas	17
IV- ESTUDO DE CASO 1	18
1. Identificação	18
2. Motivo da consulta.....	18
3. História pessoal e clínica	18
4. História e dinâmica familiar	20
5. Situação atual.....	21
6. Estado mental	21
7. Avaliação psicológica.....	22
7.1. Síntese dos resultados.....	22
8. Discussão e análise conceptual	24
9. Intervenção	25
V- ESTUDO DE CASO 2	26
1. Identificação	26

2. Motivo da consulta.....	27
3. História pessoal e clínica	27
4. História e dinâmica familiar	28
5. Situação atual.....	28
6. Estado Mental	29
7. Avaliação psicológica.....	29
7.1. Síntese de resultados	29
8. Discussão e análise conceptual	30
9. Intervenção	34
VI- REFLEXÃO CRÍTICA E PESSOAL	35
VII-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Modelo de agenda semanal

Anexo B: Proposta do projeto de investigação

Anexo C: Comprovativo de aprovação da proposta de investigação

Anexo D: Manual de Intervenção

Anexo E: Documentação inerente à formação e power point

Anexo F: Instrumentos de avaliação (Questionário de dor McGill, IAD-breve, SCL-90, BDI, IDATE, WHOQOL-bref)

Anexo G: Orientação psicológica, plano de intervenção e materiais utilizados (caso clínico 1)

Anexo H: Protocolo de avaliação do luto

Anexo I: Instrumentos de avaliação (Questionário sociodemográfico, ICG, IES-R, EDRS, CES-D)

Anexo J: Orientação psicológica, plano de intervenção e materiais utilizados (caso clínico 2)

I-INTRODUÇÃO

O referido relatório corresponde ao estágio curricular realizado para a conclusão do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS).

Teve início a 1 de Outubro de 2015 e terminou a 31 de Maio de 2016, tendo sido feitas 593 horas no seu total. Foi concretizado sob a supervisão da Dra Manuela Leite do respetivo Instituto, do Prof. Doutor José Rocha para concretização do projeto de investigação e sob orientação local da Dra Gerly Macedo, Psicóloga Clínica.

O presente relatório visa descrever todo o percurso durante o período de estágio, sendo que, numa parte inicial é feita a descrição do local de estágio, assim como uma breve caracterização do mesmo e do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DSPM), e o papel do psicólogo. Posteriormente, são descritas todas as atividades realizadas e a apresentação e abordagem conceptual de dois casos clínicos.

II-O LOCAL DE ESTÁGIO

1. Caracterização

Dotado de um departamento de Psiquiatria e Saúde Mental destinado à prestação de cuidados de saúde mental, no exercício da sua atividade os profissionais que constituem a instituição orientam-se pelos seguintes valores e princípios:

Valores: (1) Competência; (2) Humanismo; (3) Paixão; (4) Rigor; (5) Transparência; (6) União; (7) Solidariedade; (8) Ambição e (9) dedicação.

Princípios: (1) Reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa que o habita; (2) Centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade; (3) Postura e prática com elevados padrões éticos; (4) Respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

2. Caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O Departamento de psiquiatria e saúde mental (DPSM) foi criado para dar resposta à necessidade de prestar cuidados de saúde mental na região assistencial do centro hospitalar. Este departamento presta assistência clínica ao nível da prevenção, diagnóstico e tratamento das perturbações mentais; promove formação específica em psiquiatria e saúde mental a alunos de medicina, enfermagem e psicologia; e desenvolve atividades de investigação clínica no âmbito da saúde mental. A sua atividade clínica é realizada em sete valências de internamento, ligação, consulta externa, hospital de dia e visita domiciliária.

Este departamento é composto por uma equipa multidisciplinar onde se inserem quatro psicólogos, sete psiquiatras, um pedopsiquiatra e uma equipa de enfermagem. Este abrange consultas de Pedopsiquiatria, Psiquiatria e Psicologia ao nível individual, familiar, de casal e de grupo. Deste modo, o mesmo dispõe de várias consultas de especialidade específicas para crianças, adultos e idosos. Desenvolve atividades em contexto inter multidisciplinar. Dispõe também de um conjunto de atividades destinadas aos estagiários. A prestação destes serviços visam sempre a qualidade, o respeito absoluto pelos Direitos Humanos fundamentais e a promoção da saúde física e mental.

2.1. Unipsi- Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

A Unipsi insere-se no DPSM e funciona em estreita relação com os departamentos, serviços de ação médica e serviços complementares de diagnóstico e terapêutica do HSO, não descurando a sua individualidade técnica e autonomia.

No quadro abaixo (Quadro 1) verificam-se as atividades clínicas na valência da Unipsi (Psicologia) inerentes a cada faixa etária.

Quadro 1-Atividades clínicas na valência da Unipsi (Psicologia)

	Crianças	Adultos	Idosos
	- Consulta infantojuvenil (psicometria) - Consulta infantojuvenil clínica - Protocolo	- Protocolo psicologia dor crónica - Protocolo psicologia oncológica - Protocolo psicologia EIHSCP	- Protocolo de neuropsicologia - Consulta de psicologia da reabilitação cognitiva à distância

Atividades por faixa etária	infantojuvenil clínico - Protocolo de diabetes pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo psicologia visita domiciliária - Protocolo de TCO - Consulta de psicologia-saúde mental adultos - Consulta psicológica grupo -Protocolo de neuropsicologia - Protocolo psicologia de casal - Protocolo de intervenção em crise - Protocolo psicologia DSL 	
------------------------------------	--	--	--

Fonte: Adaptado de DPSM (2015).

As atividades clínicas na valência da Psiquiatria são as peritagens, a consulta de psiquiatria e saúde mental, a consulta de psicogeriatrics, a consulta de intervenção em crise, a psiquiatria de casal, a psiquiatria oncológica, a pedopsiquiatria e a aplicação dos protocolos DSL e visita domiciliária. Ainda no âmbito da Unipsi ocorrem também atividades na valência de Enfermagem.

2.2. O Papel do Psicólogo na Unipsi

De acordo com Teixeira (2002) a intervenção dos psicólogos em serviços de saúde inclui quatro aspetos principais: (1) o papel profissional, (2) o plano de atividades, (3) a formação e (4) a garantia de qualidade dos serviços prestados.

Em relação ao papel profissional importa ter em conta o desenvolvimento de várias atividades, nomeadamente, o Acompanhamento e intervenção psicológica dos doentes ao nível individual, casal, familiar, grupo; a Reabilitação psicossocial; o apoio à família; a Promoção e manutenção da saúde; a Prevenção da doença; a Participação em equipas de saúde numa perspetiva interdisciplinar; Tarefas de avaliação psicológica de doentes referenciados pelos médicos de diferentes especialidades; a Investigação científica; a Formação técnica e promoção de atividades científicas; a Divulgação de artigos e a Orientação de estágios académicos pré e pós graduados (Teixeira, 2002). Na prática do estágio, foi feito o acompanhamento e intervenção psicológica ao nível individual, nomeadamente casos de dor crónica, reação depressiva de enlutados face ao suicídio de um familiar e acompanhamento e intervenção de adolescentes (PHDA).

O plano de atividades passa por um processo de identificação das necessidades e delimitação de objetivos prioritários para posteriormente se organizarem as atividades a serem desenvolvidas no ano em vigor (Teixeira, 2002). No âmbito do estágio, foram planeadas várias atividades nomeadamente avaliação, acompanhamento e intervenção psicológica com adultos e adolescentes. Também foi feita uma formação direcionada aos profissionais do referido hospital.

Por fim, a atenção constante à qualidade dos serviços psicológicos prestados requer um conjunto de procedimentos, a saber (Teixeira, 2002): (1) Procedimentos de melhoria contínua de qualidade; (2) Avaliação da satisfação dos doentes de consultas psicológicas; (3) Avaliações do desempenho dos próprios psicólogos; (4) orientações para a intervenção psicológica em diferentes problemas, áreas ou serviços.

III-ATIVIDADES REALIZADAS

1. Reuniões de supervisão

As atividades de estágio foram supervisionadas pela Dra Manuela Leite, Psicóloga Clínica e da Saúde e docente do IUCS. Esta supervisão permitiu o esclarecimento de dúvidas e questões inerentes a todas as atividades ocorridas no estágio, e foram disponibilizados os instrumentos de avaliação necessários para a prática das consultas.

As reuniões foram semanais e decorreram todas as sextas-feiras. Estas reuniões permitiram ao longo do estágio o apurar da capacidade crítica e reflexiva.

2. Reuniões de orientação

O respetivo estágio decorreu sob orientação da Dra Gerly Macedo, Psicóloga Clínica no DPSM. Todas as atividades efetuadas foram monitorizadas através de reuniões quinzenais para discussão dos casos clínicos e respetivas notas/relatórios clínicos,

planeamento das sessões, formações a concretizar, e outras questões burocráticas e de gestão e funcionamento hospitalar.

A promoção da autonomia foi um dos objectivos fulcrais para que adquirisse a capacidade de gerir e lidar com as problemáticas.

O estabelecimento e agendamento das principais actividades a serem realizadas foi estipulado semanalmente através da elaboração de uma agenda semanal (Anexo A).

Nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro procedeu-se à observação participante dos vários serviços que constituem o departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

No mês de Novembro foi entregue à Comissão de Ética do hospital toda a documentação inerente ao projeto de investigação a levar a cabo (Anexo B) após aprovação do mesmo (Anexo C).

Em Dezembro, foi entregue o Manual de Intervenção relativo ao tema atribuído, sendo este: Manual de Intervenção no Luto Prolongado após Suicídio de Familiar (Anexo D), e foi entregue o planeamento dos casos a serem seguidos no ano seguinte, nomeadamente número de sessões, actividades a desenvolver, respetivos instrumentos de avaliação e materiais de intervenção psico educativos.

No mês de Janeiro de 2016 foram iniciadas as consultas individuais de forma autónoma e responsável.

No mês de Abril foi realizada uma formação para profissionais de Saúde do DPSM (Anexo E).

Ao longo deste processo, foram sentidos estados de ansiedade e receio de não estar à altura das situações. No entanto, os desafios foram sempre encarados e ultrapassados com bastante esforço, dedicação, atenção e concentração.

3. Observação participante em Consultas de Psicologia e Psiquiatria no DPSM

A observação participante permitiu compreender melhor a importância da multidisciplinidade neste departamento, o papel do psicólogo nos serviços de saúde hospitalar e a sua interação em várias unidades.

Tal como foi referido, estas observações decorreram de Outubro até Dezembro, nomeadamente a observação de consultas na área da Psicologia Infantojuvenil com a Dra. Sara Flores; a observação de consultas em Psiquiatria para adultos com a Dra. Rosa Rodrigues, que abrange a intervenção em crise, comportamentos suicidários e tentativa de suicídio; a observação de consultas em Psicologia com o Dr. Luís Gouveia, abrangendo diversas áreas tais como a obesidade mórbida, a psicopatologia individual, o diabetes infantil e as perturbações afetivas. Posteriormente foram efetuadas observações às consultas da Dra. Gerly Macedo cujo protocolo é inerente aos cuidados paliativos dos utentes e familiares dos mesmos, e à saúde mental de adultos. Também surgiu oportunidade para se assistir às intervenções de grupo nos casos de depressão com o Dr. Luís Gouveia e às intervenções de grupo nos casos de luto com a Dra. Gerly Macedo, assim como à unidade de internamento.

4. Intervenção no âmbito do luto por suicídio

4.1. Intervenção cognitiva narrativa

Uma das actividades concretizadas no percurso do estágio focou-se na implementação de uma intervenção Cognitiva-narrativa no Luto Prolongado decorrente do suicídio de um familiar. Foi uma intervenção que ocupou grande parte do tempo de estágio e do trabalho clínico desenvolvido, tendo inclusive dado origem à dissertação de mestrado. Este processo dividiu-se em três momentos distintos, a saber: (1) avaliação psicológica dos familiares enlutados (grupo de controlo e grupo de intervenção); (2) implementação da intervenção cognitiva narrativa; (3) reavaliação psicológica de ambos os grupos após três meses.

O principal objetivo foi avaliar a eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa no tratamento dos sintomas de luto complicado decorrente da perda de um familiar por suicídio, tendo-se construído um manual de intervenção para os referidos efeitos. Para além disso, pretendeu-se também avaliar o impacto da perda ao nível da saúde mental. Para tal foram constituídos dois grupos: um grupo de intervenção (GI) e outro sem qualquer intervenção estruturada designado de grupo de controlo (GC), usufruindo apenas

do apoio dos serviços hospitalares habituais. Os critérios de seleção tidos em conta para a seleção dos elementos de ambos os grupos foram os seguintes: (1) possuir idade igual ou superior a 18 anos; (2) perda de um familiar próximo por suicídio há mais de seis meses; e (3) obter pontuação igual ou superior a 30 no Inventário de Luto Complicado (ICG). A distribuição dos elementos dos grupos foi feita aleatoriamente e por indicação da psiquiatra, sendo o GI composto por 13 elementos e o GC composto por 13 elementos. Contudo, devido às faltas de comparência e recusa na participação de alguns elementos, neste programa participaram apenas 11 elementos no GI e 10 elementos no GC. O GI era composto exclusivamente por mulheres, enquanto que o GC era composto por 5 mulheres e 5 homens.

Em ambos os grupos havia um predomínio do suicídio por enforcamento de um familiar do sexo masculino, tendo o mesmo ocorrido maioritariamente no domicílio. No que se refere à reação do participante face à notícia de morte e à pessoa que a comunicou é de salientar que, em ambos os grupos, houve um predomínio da ocorrência de reações tais como choro, gritos e choque tendo sido um membro da família a comunicar o sucedido. Relativamente aos sentimentos após a morte, ambos os grupos referiram sentimentos de tristeza, angústia, raiva, culpa e desespero. Quanto aos sentimentos nas semanas e meses seguintes, ambos os grupos referiram predominantemente sentimentos de tristeza, culpa e raiva. Na primeira consulta ambos os grupos manifestaram maioritariamente sentimentos de tristeza e saudade.

Na avaliação psicológica foram utilizados nos dois momentos de avaliação os seguintes instrumentos: o ICG (Inventário do Luto Complicado) para verificar a existência de luto complicado, a CES-D (Escala da Depressão) para avaliar o grau de depressão; o IES-R (Impacto da Escala de Eventos-Revisto) para avaliar a presença de stress pós-traumático; a EDRS (Escala de Dificuldades da Regulação Emocional) para avaliação das dificuldades de regulação emocional.

No que diz respeito à intervenção cognitiva narrativa, esta consistiu na aplicação de um manual de intervenção elaborado para o efeito, tal como referido anteriormente, tendo por base referenciais de dois manuais de intervenção cognitiva narrativa: o Manual de Intervenção no Luto Perinatal em Interrupções Médicas de Gravidez (Rocha, Andrade & Barbosa, 2011) e o Manual de Intervenção no Luto na Viuvez (Silva & Rocha, 2010). Esta intervenção foi realizada em quatro sessões individuais com uma periodicidade semanal e

com duração de 60 minutos, correspondendo às quatro fases de intervenção propostas por Barbosa, Sá e Rocha (2014): (1) a recordação; (2) a subjetivação; (3) a metaforização; (4) a projeção.

Na recordação pretendeu-se promover a recordação de um episódio específico relacionado com o luto. Como metodologia foi pedido ao utente que recordasse e descrevesse um episódio de modo a que este estruturasse a sua experiência com sentido de autoria e coerência. No final da sessão realizou-se um breve sumário para integrar o que foi narrado: reações do utente ao exercício (e.g. dificuldades), e comentários do investigador no que respeita à capacidade do mesmo em evocar os acontecimentos do episódio escolhido.

Na subjetivação pretendeu-se proporcionar ao utente uma maior consciência das dimensões emocionais e cognitivas da experiência e promover a exploração da multiplicidade e diversidade de experiências emocionais e cognitivas do episódio escolhido, nomeadamente de outros aspetos da experiência não valorizados anteriormente. Como metodologia inicialmente foi feita uma recapitulação, sumariando o episódio construído na sessão anterior para depois evocar e ativar emoções que foram sendo desencadeadas no decurso da construção narrativa. Nesta fase foi importante explorar as sensações físicas sentidas no momento em que as emoções foram ativadas. De seguida foi sugerido ao enlutado que explorasse a componente cognitiva do episódio e que fizesse sucessivas associações aos pensamentos e emoções evocadas. No final, o exercício de subjetivação emocional foi discutido com o utente, explorando as reações do mesmo ao exercício, comentários do investigador às suas dificuldades e acerca da importância do exercício, e findou-se com um breve resumo da mesma.

Na metaforização visou-se explorar diferentes significados possíveis para o episódio e escolha de uma metáfora que apresentasse maior condensação e tensão de significado. Inicialmente foi feita uma recapitulação, sumariando o episódio construído na sessão anterior, centrando-se particularmente na subjetivação emocional e cognitiva da experiência. Apontou-se para a importância da utilização de paráfrases, silêncios, reflexões de significado e sumarização como competências de entrevista.

Posteriormente foi pedido ao utente que gerasse metáforas que estabelecessem analogias entre referenciais diferentes, e encorajar metáforas na perspetiva de outros sujeitos significativos de modo a abranger mais referenciais. De seguida foi-lhe pedido

um título ou tema unificador, à partida portador de maior tensão e condensação de significado.

Na projeção visou-se promover a construção e experimentação de outras possíveis organizações do episódio. Refletindo na metáfora construída, foi solicitado ao utente que apresentasse um episódio em que funcionou de modo alternativo à metáfora de raiz, seguindo-se a metaforização desse episódio. De seguida, procedeu-se ao incentivo deste a imaginar como seria o episódio com a metáfora alternativa, e questioná-lo quanto às diferenças de emoções e pensamentos nas duas narrativas. Finalmente, foi discutido de que forma a metáfora alternativa representava um modo de funcionamento mais adaptado.

No fim, foi feita uma avaliação acerca da opinião de cada utente relativamente a todo o processo de intervenção, de modo a verificar se os objetivos foram alcançados com sucesso.

Após a intervenção e/ou decorridos 3 meses, ambos os grupos foram sujeitos a uma reavaliação psicológica com os instrumentos anteriormente mencionados. Para terminar, procedeu-se à construção da base estatística, à anonimização dos dados e à sua inserção no *IBM SPSS Statistical* (versão 23) do *Windows*. Através desta análise constatou-se uma evolução positiva nos sintomas de luto complicado no GI quando comparados com o GC, sendo que, numa fase inicial apresentaram valores médios de 40.45 e após intervenção 30,00. Os valores médios do GC foram de 33.70 numa fase inicial e de 30.50 na reavaliação pós três meses. Em relação aos resultados obtidos no stress pós traumático, os valores médios do GI foram de 49.00 numa fase inicial e de 39.14 na reavaliação pós três meses. Os valores médios do GC foram de 45.00 numa fase inicial e de 30.87 na reavaliação pós três meses. Quanto à sintomatologia depressiva, os valores médios do GI foram de 32.27 numa fase inicial e de 37.27 na reavaliação pós três meses. Os valores médios do GC foram de 30.30 numa fase inicial e de 39.00 na reavaliação pós três meses.

Sendo assim, concluiu-se que a intervenção foi positiva na redução do luto complicado, do stress pós traumático e das dificuldades de regulação emocional neste grupo específico de pessoas enlutadas.

4.2. Formação

No âmbito de intervenção cognitiva narrativa no luto realizada e segundo as directrizes do referido Hospital, a estagiária preparou e deu uma formação aos profissionais de saúde do mesmo. Esta decorreu no dia 4 de Abril de 2016, tendo sido bastante pertinente e útil para os profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos e psiquiatras do DPSM, assim como para os alunos de medicina que também assistiram e interagiram. Esta formação teve como objectivos gerais: (1) apelar a equipa multidisciplinar para o olhar atento aos sinais/ fatores precipitantes do comportamento de suicídio; (2) sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância e utilidade terapêutica da intervenção cognitivo-narrativa no processo de luto patológico em pacientes após a perda de familiar por suicídio. Os objetivos específicos foram os seguintes: (1) aquisição de conhecimento acerca do conceito de suicídio e luto; (2) aquisição de conhecimento relativo às estatísticas sobre comportamentos suicidários, fatores precipitantes/fatores de risco; (3) aquisição de conhecimento acerca da Intervenção cognitivo-narrativa no luto após suicídio de familiar seus objetivos, pertinência e utilidade terapêutica; (4) apresentação de casos práticos; (5) conclusão e reflexão crítica. No decurso da formação foram dados exemplos práticos relativos aos casos clínicos alvo de intervenção. Os objetivos foram alcançados havendo espaço e lugar para discussão e interação com o público-alvo no fim da respetiva formação.

5. Acompanhamento psicológico individual

Apesar de a intervenção ter sido feita maioritariamente no âmbito do luto, também foram acompanhados alguns casos clínicos em consulta individual. No quadro que se segue abaixo (Quadro 2) encontram-se descritos alguns exemplos desses casos.

Quadro 2-Exemplos de alguns casos clínicos de acompanhamento individual

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL				
Identificação	Problemática	Avaliação psicológica	Abordagem Terapêutica	Eficácia
JL-15 anos (7 consultas)	PHDA	YRS 14-18; CBCL-4-18; TRF; WISC III	Psicoeducação; abordagem TCC; reestruturação cognitiva	Alta por encerramento.
MA-60 anos (6 consultas)	Depressão reativa a luto.	ICG; IES-R; CES-D; EDRS	Intervenção cognitiva-narrativa	Alta por encerramento.
IB – 58 anos (8 consultas)	Luto de familiar por suicídio Dificuldades em lidar c/ dor crónica	ICG; IES-R; CES-D; EDRS	Relaxamento muscular progressivo de Jacobson; Técnicas de relaxamento imagético; Abordagem TCC; reestruturação cognitiva	Alta por encerramento
NS – 41 anos (6 consultas)	Depressão reativa ao luto de um familiar por suicídio	ICG; IES-R; CES-D; EDRS	Intervenção cognitiva-narrativa	Alta por encerramento

6. Colaboração com outros colegas

No decorrer do referido estágio, a estagiária colaborou, em conjunto com uma colega estagiária, na recolha de dados de um total de cem participantes para concretização de um estudo de cariz hospitalar. Esta atividade foi feita no decorrer das consultas de pedopsiquiatria e psicologia infantojuvenil. Cada participante teve a sua consulta de acompanhamento com a respetiva técnica de saúde, sendo posteriormente encaminhado para uma outra sala onde foi efetuada a administração do questionário sociodemográfico, da Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes e do Inventário de Depressão Infantil (CDI).

Esta recolha visou obter resultados inerentes ao bem-estar psicológico do adolescente e à depressão nos mesmos, tendo sido feita a análise descritiva e comparativa. De seguida, foram feitas as cotações e introdução dos dados na base de dados para se obterem conclusões consistentes. Esta atividade teve início em meados de Novembro e findou no final de Fevereiro.

IV- ESTUDO DE CASO 1

1. Identificação

M. R. é uma senhora de 49 anos e vive com o marido (52 anos) e o filho (23 anos). Tem o 4º ano de escolaridade e começou a trabalhar aos 14 anos de idade numa fábrica de confeção onde ainda permanece a exercer as mesmas funções de costureira.

2. Motivo da consulta

O pedido do encaminhamento para o DPSM foi feito pelo serviço de Consulta Externa II de Dor para observação e orientação do caso, uma vez que a paciente apresentou dificuldades no controlo da dor crónica.

As principais queixas apresentadas pela utente referiam-se à dor física constante e intensa, causando-lhe prejuízo funcional. Estes sintomas iniciaram no ano de 2013, sendo que a utente recorreu a vários especialistas e fez inclusive fisioterapia. Não apresentou melhorias significativas com o tratamento e desde então frequentou as consultas de dor do referido hospital para acompanhamento e controlo farmacológico.

3. História pessoal e clínica

No que concerne a antecedentes médico-clínicos e de acordo com informação recolhida em processo clínico, no ano de 2002 a própria foi sujeita a cirurgia devido a uma apendicite aguda. Em 2007 apresentou amigdalite aguda e em 2008 apresentou

infecções agudas das vias respiratórias superiores por sinusite. Em 2010 apresentou vertigens periféricas e em 2012 sofreu um acidente de viação tendo a TAC revelado sequele pós traumática fronto orbitária esquerda. Esta região é responsável pela capacidade de prestar atenção, ter autocontrolo e executar o planeamento para o futuro. Aparentemente esta área pareceu não estar clinicamente afetada, uma vez que não se verificaram interferências na vida quotidiana, tendo demonstrado capacidade de atenção, autocontrolo e planeamento. No ano de 2013, iniciaram-se os sintomas de dor com falta de força física (tratamento em fisioterapia s/ melhorias), sendo-lhe diagnosticada cervicalgia de grande intensidade, tendo sido encaminhada para consulta de dor, iniciando deste modo a consulta de Dor Crónica. Em 2014 foi-lhe diagnosticado um quadro tendinopatia em estudo por ortopedia e em 2015 sofreu contusão na nádega e teve consulta de ortopedia neste hospital descrevendo queixas de cervicalgia e omalgia com tendinite da coifa à direita. Em 2016 manteve o acompanhamento em consulta de dor crónica para tratamento psicofarmacológico.

Segundo a utente, a duração e intensidade da dor é diária e persistente, tendo-se identificado como fatores desencadeantes/agravantes o stress e ansiedade (preocupações pessoais/familiares desde 2015) e o esforço físico no trabalho. Como fatores de alívio da dor referiu recorrer à medicação. Quanto às queixas físicas e dificuldades sentidas, referiu queixas e alterações comportamentais, nomeadamente lentificação na execução das tarefas, irritabilidade e agressividade: “sinto dores nas costas e nos braços e muitas das vezes não consigo trabalhar”; “custa-me fazer as coisas” (sic); “não consigo trabalhar devidamente se não tomar a medicação” (sic).

Não apresentou antecedentes pessoais, familiares e sociais patológicos, nem doenças psiquiátricas na família.

No que se refere à psicomotricidade, a própria apresentou lentificação motora devido à dor nos braços e coluna cervical e lombar.

Quando questionada acerca dos padrões de sono, esta referiu ter dificuldades em dormir “tenho um sono sobressaltado” “acordo várias vezes durante a noite” (sic). Quanto ao motivo das alterações do sono, a utente revelou estar em conflitos permanentes com os irmãos, sendo que seu pensamento se encontrava focado nesses problemas.

No que diz respeito à alimentação, referiu não ter alterações nos padrões alimentares. Não tinha hábitos tabágicos e consumia álcool às refeições.

A própria não apresentou défices motores e auditivos, e usava óculos graduados devido a défices visuais.

Relativamente à forma como ocupava os seus tempos livres, a utente não praticava exercício físico, referindo que “não tenho tempo, saio do trabalho e vou para casa preparar o jantar” (sic). Acrescentou “gosto de sair com meu filho e meu marido, passear” (sic).

O seu discurso era fluente e adequado, apresentando um humor ansioso.

4. História e dinâmica familiar

M. R. vive com o marido e o filho sendo que ambos se encontravam profissionalmente ativos, pelo que os mesmos não tiveram disponibilidade para a acompanhar às consultas.

No que diz respeito à família nuclear, a mesma apresentou uma dinâmica familiar com rede de suporte afetivo e emocional favorável. Relativamente à família alargada a utente demonstrou stress emocional/ansiedade por sobrecarga nos encargos financeiros com a sua mãe, e por falta de apoio emocional e financeiro por parte dos irmãos. No momento, a sua mãe encontrava-se institucionalizada e a utente é que estava a tratar de todas as despesas, sendo que seus irmãos não prestavam qualquer apoio, nomeadamente financeiro, e não visitavam a mãe. A própria referiu não expressar suas emoções mas no seu interior sentia-se alterada (sic).

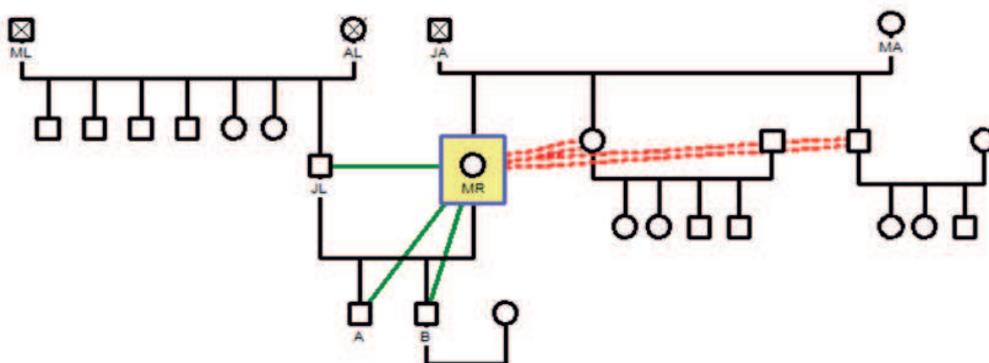
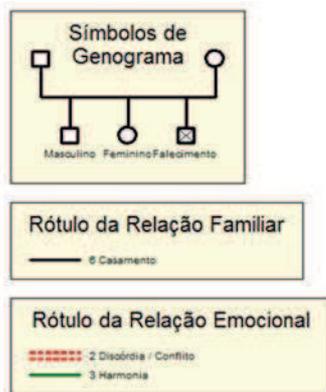


Figura 1- Genograma familiar

Legenda:



5. Situação atual

Em consulta com a utente verificou-se que o seu estado de saúde tem causado repercussões sobre a sua vida, em particular no domínio profissional e quotidiano. Referiu ter dificuldades em fazer determinadas tarefas pesadas no local de trabalho e em casa tem dificuldades em fazer a lida doméstica por sentir cansaço físico e fraqueza muscular. É de salientar a presença de estratégias de coping centradas no problema, uma vez que a mesma referiu tomar apenas a medicação para controlo da dor, não adotando medidas/estratégias centradas na emoção. A medicação prescrita pela médica de consulta de dor era a seguinte: palexia 100 para tratamento de dor crónica intensa em adultos, metanor 100 para tratamento de dor aguda, tridural 300 para tratamento de dor moderada a grave, turox 90 sos para redução da dor e inchaço (inflamação) nas articulações e músculos e domperidona para proteção gástrica.

6. Estado mental

Durante todo o processo de avaliação, a utente apresentou-se em todas as sessões sozinha com vestuário apropriado e apresentação cuidada para a sua idade. Em consulta apresentou uma postura adequada, cooperante e congruente. Não apresentou alterações ao nível da perceção, do pensamento e sensoriais, e teve um discurso fluente e

adequado. Sem alterações na orientação espaço-visual. Apresentou insight e diferenciação psicológica; não apresentou alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção com foco ocular adequado e sem alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Inicialmente a utente revelou um humor ansioso/depressivo, contudo, com o decorrer das sessões de intervenção, foi revelando um humor eutímio.

7. Avaliação psicológica

Com base na informação clínica recolhida e com base na exploração de acontecimentos de vida significativos colocou-se a hipótese de M.R. apresentar Transtorno de sintomas somáticos 300.82 (F45.1) com dor predominante moderada (DSM V) e/ou transtorno de ansiedade de doença 300.7 (F45. 21). De forma a confirmar/infirmar esta hipótese procedeu-se à avaliação psicológica com recurso aos seguintes instrumentos de avaliação: aplicação do Questionário de dor McGill para avaliar o nível e intensidade da dor inerente à doença; Inventário de Atitudes frente à Dor Crónica (IAD-breve) para avaliar as estratégias de coping; a Escala de avaliação de sintomas (SCL 90) para obtenção de informações acerca dos sintomas psicológicos da utente e para a definição de objetivos terapêuticos; o Inventário de depressão de Beck (BDI); o Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE); e o *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-bref) para avaliar a perceção do utente sobre aspetos relacionados com a sua saúde e de que forma interfere na sua qualidade de vida (QV).

7.1. Síntese dos resultados

De acordo com os resultados obtidos, o Questionário de Dor Macgill permitiu verificar que o grau de severidade (M=4,25) e de interferência da dor (M= 5,3) na sua vida diária era moderado, sendo a pontuação média obtida de 5 pontos numa escala numérica de 0 a 10.

De acordo com Pimenta e Monteiro da Cruz (2006) no IAD-breve não há pontos de corte, nem resposta certa ou errada. Há orientações de respostas mais desejáveis por

serem consideradas como hipoteticamente mais adaptativas. A orientação desejável dos escores para cada escala é (Pimenta & Monteiro da Cruz, 2006): controle=4; emoção=4; incapacidade= 0; dano físico= 0; medicação= 0; solicitude= 0 e cura médica= 0. Deste modo, dos resultados obtidos no IAD-breve e tendo em conta os scores desejáveis para cada domínio, é de salientar o domínio da medicação que apresentou uma média de 3,6 pontos, e que sugeriu o recurso frequente à medicação para alívio da dor, demonstrando que a doente acreditava que os medicamentos são o melhor tratamento para a dor crónica. O domínio da solicitude (M=3,2) sugeriu que a utente acreditava que outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando sente dor. O dano físico apresentava uma média de 2,6 pontos o que sugeriu a presença de prejuízo/dor física, ou seja, a utente acreditava que a dor significava que estava a prejudicá-la a si mesma e que deveria evitar exercícios (dor como indicativo de dano tecidual). O domínio da emoção apresentou uma média de 3,75 pontos, o que sugeriu a presença de alterações ao nível emocional, referindo-se ao quanto a utente acreditava que as suas emoções influíam na sua experiência dolorosa-relação entre emoção e intensidade da dor (Pimenta & Monteiro da Cruz, 2006).

Dos resultados obtidos no SCL 90 é de destacar a pontuação obtida na somatização que foi de 32 pontos, sendo o valor normativo igual a 12, o que refletiu a perceção da utente acerca da sua disfunção corporal, em particular referentes às dores e desconforto da musculatura grossa. A pontuação obtida na depressão foi de 17 pontos e o valor normativo é 13, sendo sugestiva de distúrbio de humor e afetivo. A obsessão compulsão foi de 14 pontos, sendo o valor normativo igual a 10, o que sugeriu a presença de pensamentos, impulsos e ações que são experienciados de forma repetitiva. A ansiedade fóbica foi de 14 pontos e o valor normativo é igual a 7, sugerindo sinais gerais tais como nervosismo, tensão, e manifestações de comportamentos fóbicos mais disruptivos e patogénicos. A ideação paranoide foi de 12 pontos e o valor normativo é 6. Deste modo, apresentou uma pontuação ligeiramente acima da normatividade, o que sugeriu a presença de características do pensamento projetivo, hostilidade, suspeição (eg. Cisma, desconfiança), centralidade, medo de perder autonomia e desilusão.

A pontuação obtida no BDI (20 pontos) indicou um nível de depressão leve (valor normativo entre 5-12 pontos) e a pontuação obtida no IDATE (102 pontos) indicou um nível de ansiedade significativamente elevado (valor normativo entre 20-80 pontos).

Relativamente à pontuação obtida no WHOQOL-Bref e tendo em conta a escala de 0 a 100, é de salientar a presença duma pontuação significativamente baixa no domínio das relações sociais (9 pontos), no domínio físico (22 pontos), no domínio psicológico (24 pontos) e meio ambiente (24 pontos). O escore médio em cada domínio indicou a perceção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspeto da sua vida, relacionando-se com a sua qualidade de vida, pelo que, quanto maior a pontuação, melhor essa perceção (Silva, Soares, Santos & Silva, 2014).

Na sua globalidade, a pontuação obtida sugeriu o estado emocional da utente como sendo a principal causa dos seus problemas. Verificou-se uma tendência clinicamente significativa para a somatização com claras dificuldades de controlo e gestão emocional, e uma sintomatologia ansiosa significativamente elevada.

8. Discussão e análise conceptual

De acordo com as hipóteses de diagnóstico referenciadas para este caso e considerando os resultados obtidos na avaliação psicológica, confirmou-se a presença de Transtorno de sintomas somáticos 300.82 (F45.1) com dor predominante moderada (DSM V). De acordo com o DSM-5 (2014, p. 311) "o transtorno de sintomas somáticos 300.82 (F45.1) caracteriza-se por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes: (1) Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas; (2) nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas; (3) tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde". Neste caso a utente apresentou um nível de ansiedade persistente elevado relativamente à saúde e aos seus sintomas, sendo claros os níveis clinicamente significativos na somatização. A própria referiu não expressar suas emoções mas no seu interior sente-se alterada (sic). Eram frequentes as queixas relativas à dor física e limitações sentidas devido à mesma.

A dor crónica afeta cerca de 36% da população adulta em Portugal, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010). De acordo com Capela e Loura (2008, citado por Matos, 2012) a dor é um sintoma frequente em doentes com

perturbações mentais e psicológicas, presente em particular em quadros de depressão e ansiedade. Investigações indicam que doentes com dor crónica preenchem os critérios para um diagnóstico de perturbação depressiva tão facilmente como para um diagnóstico de perturbação ansiosa (Wang *et al.*, 2010, citado por Matos, 2012). A utente em análise apresentou níveis de ansiedade clinicamente significativos e a presença de sintomatologia depressiva ligeira, o que vai ao encontro da literatura no que concerne à dor crónica.

Dias e Brito (2002, citado por Matos, 2012) referem que na presença de ansiedade na dor crónica é muito frequente a ocorrência de pensamentos recorrentes de medo da dor e suas consequências, distorções cognitivas (eg. maximização do problema e catastrofização), sintomas somáticos, evitamento da experiência dolorosa e amplificação do estímulo doloroso. De facto, e tal como referido anteriormente, esta utente apresentou níveis clinicamente significativos no que se refere à somatização, assim como distorções cognitivas.

Para além destes aspetos, é de salientar que a dor crónica pode ser um agente stressor para a mesma, alterando deste modo, a componente emocional da mesma. A forma como se lida com a dor crónica e com os problemas/situações do dia a dia são determinantes no processo de avaliação, desde a percepção da dor, avaliação da sua experiência dolorosa, expectativas quanto ao tratamento e adesão terapêutica (Oliveira, Monteiro, Coutinho, Salvador, Costa & Malcata, 2009).

Sendo assim, a intervenção cognitivo comportamental com recurso a técnicas tais como a reestruturação cognitiva, psicoeducação, estratégias de coping adaptativo tem demonstrado efeitos benéficos nestes pacientes, nomeadamente ao nível da redução da sintomatologia ansiosa/depressiva, e transformação de pensamentos desajustados com vista à mudança de comportamento (Oliveira, Monteiro, Coutinho, Salvador, Costa & Malcata, 2009). Desta forma, a utente adquire competências que lhe permite lidar de forma positiva e ajustada face à dor crónica e às dificuldades subjacentes à mesma.

9. Intervenção

Tendo em conta as informações recolhidas na anamnese e os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação administrados (Anexo F), procedeu-se à elaboração de um plano de intervenção com os respetivos materiais a utilizar (Anexo G). Posteriormente,

foram agendadas as respetivas sessões a colocar em prática, tendo sido apresentados os seguintes objectivos: (1) promoção para a saúde; (2) desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas; (3) fomentar o envolvimento em atividades com a família e os amigos no sentido de diminuir a ansiedade e o isolamento; (4) treino de relaxamento para alívio da dor e stress físico e emocional; (5) reestruturação cognitiva para modificar as crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos. Pretendeu-se ensinar a utente a detetar os pensamentos que constituem os ciclos negativos, levando-a a perceber que tipo de influências têm nas suas emoções e comportamentos, a reavaliar os seus significados, estimulando a procura de soluções e estratégias para alterar e confrontar esses pensamentos de forma efetiva.

Deste modo, foi feita uma intervenção individual com 7 sessões psico educativas para explicar que mecanismos influenciam a dor sentida, as características e particularidades da dor crónica, os tratamentos e suas limitações. Além disso, procedeu-se à intervenção sobre os fatores desencadeadores/agravantes da dor e gestão da mesma nomeadamente no controlo e gestão do stress e dos pensamentos negativos.

Esta intervenção foi baseada na abordagem cognitivo comportamental, uma vez que, segundo vários estudos a mesma revela eficácia em pacientes com dor crónica (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). De acordo com estes autores, as terapias cognitivo-comportamentais individuais e/ou de grupo parecem reduzir o sofrimento e as incapacidades relacionadas com a dor, assim como contribuem na redução da depressão/ansiedade reactiva a essa dor.

V- ESTUDO DE CASO 2

1. Identificação

RG é um senhor de 39 anos, vive sozinho, é solteiro (separado) e não tem filhos. Tem o 12º ano de escolaridade e é bombeiro ativo. Iniciou a sua atividade aos 14 anos como voluntário e tornou-se bombeiro profissional, mantendo a mesma profissão até à data. A par desta atividade também desempenha o papel de formador lecionando aulas com formandos que pretendem tornar-se bombeiros.

2. Motivo da consulta

Este utente foi seleccionado aleatoriamente para participar no estudo relativo ao luto por suicídio e para aplicação do protocolo de avaliação do luto (Anexo H), tendo sido integrado no GC. Dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação psicológica (c.f.7.1.) verificou-se que este utente apresentava sintomatologia depressiva, luto complicado, stress pós traumático clinicamente significativos e baixos níveis de regulação emocional.

Deste modo, verificou-se que o utente tinha critérios que justificassem uma intervenção individual direccionada à promoção de coping adaptativo centrado na regulação emocional, na resolução de problemas, assertividade e relação interpessoal.

3. História pessoal e clínica

No que concerne a antecedentes médico-clínicos R.G. era um indivíduo saudável até à data do falecimento de sua mãe que se suicidou por enforcamento aos 56 anos. Este acontecimento ocorreu no dia 10 de Janeiro do ano de 2013. A partir daí iniciou acompanhamento psicológico e psiquiátrico neste hospital, passando a tomar a seguinte medicação: triticum (controlo de pensamentos/comportamentos de suicídio); dymyrox (antidepressivo); diazepam (controlo de ansiedade e insónia).

Tem feito tratamento de fisioterapia com acompanhamento em consultas de ortopedia devido à ocorrência de um acidente laboral no ano de 2012.

Não apresentou antecedentes pessoais, familiares e sociais patológicos, nem doenças psiquiátricas na família.

No que se refere à psicomotricidade, o utente apresentou uma psicomotricidade adequada tendo, no entanto, limitações ao nível do braço direito por acidente laboral.

Quando questionado acerca dos padrões de sono, este referiu ter dificuldades em dormir por se encontrar focado na cirurgia a que ia ser sujeito ao braço dentro de algum tempo.

No que diz respeito à alimentação, referiu não ter alterações nos padrões alimentares. Não tinha hábitos tabágicos e consumia álcool de forma adequada.

O mesmo não apresentou défices motores nem auditivos.

Relativamente à forma como ocupava os seus tempos livres, o utente praticava exercício físico e estabelecia convívios com os amigos e colegas de trabalho.

O seu discurso era fluente e adequado, apresentando um humor depressivo/ansioso.

4. História e dinâmica familiar

R.G vive sozinho, tem um irmão e dois sobrinhos. Apresentou uma dinâmica familiar nuclear com rede de suporte afetivo e emocional favorável e dedica grande parte do seu tempo ao trabalho como bombeiro. No momento da avaliação encontrava-se sem companheira (desde 2015) devido a sucessivas frustrações/desilusões ao nível da relação amorosa. O próprio referiu “tão cedo não me quero envolver”, “tenho tido muito azar com as mulheres”. De facto, o mesmo encontrava-se desiludido, porque as suas ex companheiras não corresponderam às suas expectativas.

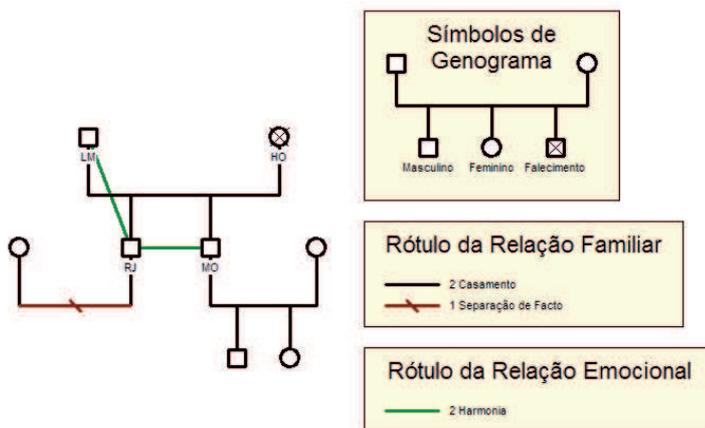


Figura 2- Genograma familiar

5. Situação atual

Atualmente, RG mantém a medicação prescrita pela psiquiatra. Salienta-se que os objectivos da consulta com este utente se centravam no luto e perda de sua mãe para recolha de dados para a investigação, mas o mesmo direccionou o seu discurso para a perda da companheira e para a necessidade de construir uma família. Também

demonstrou os seus receios relativos à cirurgia a que ia ser sujeito no dia 24 de Abril de 2016.

6. Estado Mental

Durante o processo de avaliação o utente apresentou-se em consulta sozinho com aspeto cuidado e apresentação adequada para a sua idade, com vestuário apropriado e postura adequada. Foi cooperante e congruente e não apresentou alterações ao nível da perceção, do pensamento e sensoriais, tendo um discurso fluente e adequado. Apresentou-se sem alterações na orientação espaço-visual e sem alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção com foco ocular adequado. Inicialmente demonstrou um humor ansioso com insight e diferenciação psicológica e sem alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Com o desenrolar de cada sessão, RG foi demonstrando um humor eufímico e mais serenidade.

7. Avaliação psicológica

Tal como referido anteriormente, foi feita uma avaliação pré e uma reavaliação após 3 meses relativa ao protocolo do luto com base nos seguintes instrumentos de avaliação, referidos anteriormente: o ICG; a CES-D; o IES-R e a EDRS.

7.1. Síntese de resultados

Dos resultados obtidos no pré teste importa salientar a presença de dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas uma vez que a EDRS apresentou uma pontuação de 130 pontos (ponto de corte 30), e presença de stress pós traumático clinicamente significativo uma vez que a pontuação obtida no IES-R foi de 71 pontos (ponto de corte 35), sendo que os níveis de Intrusão e de evitamento apresentaram valores ligeiramente superiores aos níveis de hipervigilância. Verificou-se a existência de depressão clinicamente significativa uma vez que a CES-D apresentou uma pontuação de

41 pontos (ponto de corte 20) e a presença de luto patológico clinicamente significativo, uma vez que a pontuação obtida no ICG foi de 48 pontos (ponto de corte 35).

Dos resultados obtidos no pós teste verificou-se a presença de dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas uma vez que a EDRS apresentou uma pontuação de 68 pontos (ponto de corte 30), a presença de stress pós traumático clinicamente significativo uma vez que a pontuação obtida no IES-R foi de 67 pontos (ponto de corte 35), sendo que os níveis de Intrusão e de evitamento apresentaram valores ligeiramente superiores aos níveis de hipervigilância; a presença de depressão clinicamente significativa uma vez que a CES-D apresentou uma pontuação de 57 pontos (ponto de corte 20); e a existência de luto patológico clinicamente significativo, uma vez que a pontuação obtida no ICG foi de 47 pontos (ponto de corte 35).

Em termos comparativos, não se verificaram diferenças significativas entre as pontuações obtidas no ICG, a CES-D e o IES-R pós e pré, mas verificaram-se diferenças significativas entre a EDRS pós e pré, sendo que a pontuação obtida na EDRS pós foi significativamente inferior à pontuação obtida na EDRS pré. Deste modo concluiu-se que o utente apresentou uma diminuição clara nos níveis de regulação emocional mantendo o luto complicado de forma significativa, assim como a depressão e o stress pós traumático foram clinicamente significativos. Embora apresenta-se uma evolução positiva nos níveis de regulação emocional na pós avaliação psicológica comparativamente com a pré avaliação, esses níveis mantiveram-se significativamente baixos. Sendo assim, atendendo à pontuação clinicamente significativa obtida na EDRS, no IES-R, na CES-D e no ICG, e tendo em conta as informações obtidas na anamnese e na exploração de acontecimentos de vida significativos, foi sugerido agendamento para promoção de coping adaptativo centrado na regulação emocional, resolução de problemas, assertividade e relação interpessoal.

8. Discussão e análise conceptual

Com base na informação clínica recolhida e com base na exploração de acontecimentos de vida significativos constata-se que R.G vivenciou situações dolorosas e difíceis de ultrapassar, tendo sido confrontado com a morte súbita da sua mãe por suicídio, seguindo-se a perda/separação da sua companheira (passado dois anos após o

suicídio de sua mãe). Acrescentasse que no ano anterior à morte da sua mãe, teve um acidente laboral do qual resultaram sequelas com limitações físicas que se repercutiram no trabalho, obrigando-o a reabilitação fisioterapêutica e acabando por ser necessário uma intervenção cirúrgica. Além disso, os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação administrados revelaram a presença de sintomatologia depressiva, luto patológico, stress pós traumático e dificuldades de regulação emocional acrescidas. Deste modo, colocou-se a hipótese deste apresentar uma Perturbação de Luto Complexo Persistente (PLCP) e/ou Transtorno de Adaptação com ansiedade 309.24 (F43.22). No quadro 3 apresentam-se os critérios de diagnóstico do Luto Complexo Persistente, seguindo-se o quadro 4 com os critérios de diagnóstico para o Transtorno de Adaptação.

Quadro 3-Perturbação do Luto Complexo Persistente (DSM 5, 2014, p.789)

- A. O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.
- B. Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados:
 - 1. Saudade persistente do falecido.
 - 2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte.
 - 3. Preocupação com o falecido.
 - 4. Preocupação com as circunstâncias da morte.
- C. Desde a morte ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiram pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos.

Sofrimento reativo à morte

- 1. Marcada dificuldade em aceitar a morte.
- 2. Experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto à perda.
- 3. Dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido.
- 4. Amargura ou raiva relacionada à perda.
- 5. Avaliações desadaptativas sobre si em relação ao falecido ou à morte.
- 6. Evitação excessiva de lembranças da perda.

Perturbação social/identidade

- 7. Desejo de morrer a fim de estar com o falecido.
 - 8. Dificuldade em confiar em outros indivíduos desde a morte.
 - 9. Sentir-se sozinho ou isolado de outros indivíduos desde a morte.
 - 10. Sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido ou a crença de que o indivíduo não consegue funcionar sem o falecido.
 - 11. Confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto à própria identidade.
 - 12. Dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro.
- D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra áreas importantes da vida do indivíduo.
 - E. A reação do luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade.

Especificar se:

Com luto o traumático: luto devido a homicídio ou suicídio com preocupações angustiantes persistentes referentes à natureza traumática da morte.

Diagnóstico diferencial

Luto normal: o transtorno de luto complexo persistente distingue-se do normal pela presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses após a morte da pessoa próxima, interferindo na capacidade do indivíduo funcionar.

Transtornos depressivos: transtorno de luto complexo persistente, transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente (distímia) compartilham tristeza, choro e pensamento suicida. Enquanto que o transtorno depressivo maior e o transtorno persistente podem compartilhar humor deprimido com o transtorno complexo persistente, este último caracteriza-se pelo foco na perda.

Transtorno de stress pós traumático: indivíduos que experimentam luto em consequência de morte traumática podem desenvolver tanto transtorno de stress pós traumático quanto transtorno de luto complexo persistente. Ambas as condições podem envolver pensamentos intrusivos e de evitação.

Transtorno de ansiedade de separação: é caracterizado por ansiedade pela separação de figuras de apego atuais, enquanto que o transtorno de luto complexo persistente envolve sofrimento pela separação de um indivíduo falecido.

Quadro 4-Transtorno de Adaptação (DSM-5, 2014, p.287)

- A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um stressor ou stressores identificáveis ocorrendo dentro de três meses do início do stressor ou stressores.
- B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, conforme evidenciado por um ou mais dos seguintes aspectos:
 1. Sofrimento intenso desproporcional à gravidade ou à intensidade do stressor, considerando-se o contexto cultural e os fatores culturais que poderiam influenciar a gravidade e a apresentação dos sintomas.
 2. Prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios de outro transtorno mental e não é meramente uma exacerbação de um transtorno mental preexistente.
- D. Os sintomas não representam luto normal.
- E. Uma vez que o stressor ou suas consequências tenham cedido, os sintomas não persistem por mais de seis meses.

Determinar o subtipo: 309.0 (F43.21) Com humor deprimido: Humor deprimido, choro fácil ou sentimentos de desesperança são predominantes. 309.24 (F43.22) Com ansiedade: Nervosismo, preocupação, inquietação ou ansiedade de separação são predominantes. 309.28 (F43.23) Com misto de ansiedade e depressão: Predomina uma combinação de depressão e ansiedade. 309.3 (F43.24) Com perturbação da conduta: Predomina a perturbação da conduta. 309.4 (F43.25): Com perturbação mista das emoções e da conduta: Tanto sintomas emocionais (p. ex., depressão, ansiedade) como perturbação da conduta são predominantes. 309.9 (F43.20): Não especificado: Para reações mal adaptativas que não são classificáveis como um dos subtipos específicos do transtorno de adaptação.

Tal como se encontra referido nos critérios de diagnóstico para a PLCP, RG poderia de facto estar ainda em processo de luto patológico pelos resultados obtidos na avaliação psicológica. Contudo, importa frisar que o utente focou-se na sua situação atual e preocupações futuras, nomeadamente a separação da sua companheira e a cirurgia a que iria ser sujeito, desviando-se do assunto da perda da sua mãe, o que leva a pensar se o luto estaria resolvido, ou se evitava tocar neste assunto, porque na realidade ainda lhe causava um sofrimento significativo. Nas consultas, não falava da mãe, insistindo na

problemática da perda da companheira, o que leva a questionar se este ultrapassou o luto ou se o transferiu para esta nova perda à qual se soma a perda de saúde. Apesar destas questões, RG não se enquadra devidamente no diagnóstico clínico de PLCP, uma vez que os sintomas têm que persistir decorridos pelo menos 12 meses após a morte de um ente querido e devem causar prejuízo/desequilíbrio funcional ao enlutado (Alves, 2014), o que não é o caso. Além disso, e segundo os critérios de diagnóstico para a PLCP (DSM 5, 2014, p.790) o mesmo não valorizava a morte da pessoa, não apresentava “raiva com relação à perda”, não apresentava uma “marcada dificuldade em aceitar a morte” mas uma marcada dificuldade em aceitar as alterações de sua vida. Logo, sugeriu-se a possibilidade do mesmo apresentar Transtorno de Adaptação com ansiedade.

Relativamente a este transtorno, o utente apresentava um conjunto de características/sintomas tais como preocupação excessiva com as dificuldades com que se deparou, inquietação, cansaço, preocupação, tensão muscular e alterações no sono. Contudo, para o diagnóstico é necessário que os sintomas ocorram dentro de três meses do início do stressor ou stressores (DSM-5, 2014). A morte da mãe e a perda da companheira já ocorreram há bastante tempo e a cirurgia ainda estava para ser marcada. Para além disso, apesar dos sintomas, RG conseguia ter uma vida profissional normal.

Sendo assim, considerou-se que apesar de não se enquadrar em nenhum dos dois diagnósticos, apresentava no entanto um misto de sintomas de ambos os quadros, no qual a origem terá sido a perda de sua mãe, com posterior término recente de um relacionamento amoroso. Estes sintomas agravaram-se com a aproximação da cirurgia a que ia ser sujeito. Posto isto, neste caso verificaram-se múltiplos stressores que estavam a gerar os sintomas acima descritos, não sendo conclusivos os factos relativos à possibilidade da presença de PLCP nem de Transtorno de Adaptação. Deste modo, o utente apresentava um conjunto misto de sintomas que sugeriram dificuldades em lidar com as perdas, reagindo de forma ansiosa.

Segundo Moreira e Melo (2005) a auto monitorização do comportamento inadequado, a aprendizagem de competências de resolução de problemas, o desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas e procedimentos terapêuticos comportamentais tais com o treino de relaxamento contribuem para a melhoria dos pacientes com stress/ansiedade face aos problemas e as situações com que se deparam

nas suas vidas. Deste modo, se optou pelo recurso a técnicas e estratégias da terapia cognitiva comportamental para acompanhamento deste utente.

9. Intervenção

Tendo em conta as informações recolhidas na anamnese e os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação administrados (Anexo I), procedeu-se à elaboração de um plano de intervenção com os respetivos materiais a utilizar (Anexo J). Deste modo, foi feita uma intervenção individual com 5 sessões psico educativas direcionadas para a promoção de coping adaptativo centrado na regulação emocional (eg. controlo e gestão do stress/ansiedade) e resolução de problemas (eg. reestruturação cognitiva). Esta intervenção tinha como objetivos: (1) a promoção para a saúde; (2) o desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas centradas nas emoções e nos problemas; (3) fomentar o envolvimento em atividades com a família e os amigos no sentido de diminuir o stress/ansiedade e o isolamento; (4) Treino de relaxamento para alívio do stress/ansiedade; (5) Reestruturação cognitiva para mudar as crenças, atitudes, valores e comportamentos menos adaptativos. Pretendeu-se ensinar o utente a detetar os pensamentos que constituem os ciclos negativos, levando-o a perceber que tipo de influências têm nas suas emoções e comportamentos, a reavaliar os seus significados, estimulando a procura de soluções e estratégias para alterar e confrontar esses pensamentos.

Esta intervenção foi baseada na abordagem cognitivo comportamental, uma vez que, segundo vários estudos a mesma revela eficácia em pacientes em estado de ansiedade, inquietação, nervosismo e tensão muscular (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). De acordo com Oliveira, Monteiro, Coutinho, Salvador, Costa e Malcata (2009) o recurso a técnicas tais como a reestruturação cognitiva, psicoeducação, estratégias de coping adaptativo têm demonstrado efeitos benéficos na redução de elevados níveis de stress e ansiedade, e na mudança de pensamentos e consequentes comportamentos. Deste modo, o utente torna-se responsável pela sua mudança através da auto consciência, auto percepção e auto controle e gestão da sua vida diária, por forma a saber lidar positivamente com situações de stress/ansiedade.

VI- REFLEXÃO CRÍTICA E PESSOAL

Tendo em conta todo o processo de estágio é de salientar a riqueza e abrangência oferecida pelo DPSM na concretização do mesmo. A receção e integração pela equipa multidisciplinar foi adequada e constituiu uma fonte de aprendizagem através da qual se foi adquirindo as competências essenciais à prática do Psicólogo na Unipsi.

No que concerne aos casos clínicos, foram escolhidos dois casos que pareceram ser os mais pertinentes, pelo seu grau de complexidade. Embora um dos casos tenha sido selecionado para participar na recolha de dados relativos ao protocolo do luto, ambos foram sujeitos aos procedimentos clínicos de recolha de informação, à avaliação psicológica, diagnóstico e posterior intervenção mediante as características de cada um. Para ambos os casos optou-se pela intervenção cognitivo comportamental, uma vez que, como já foi citado anteriormente, trata-se de uma abordagem que tem apresentado efeitos positivos no tratamento de pacientes com dor crónica e no tratamento de pacientes com a sintomatologia apresentada por RG face às dificuldades em lidar com determinadas situações (eg. perda de um familiar por suicídio e separação/perda de companheira).

Os pontos fortes deste estágio dizem respeito à capacidade de organização, gestão dos timings estabelecidos e planeamento prévio relativamente aos casos que foram acompanhados.

As limitações sentidas no decorrer do estágio dizem respeito à prática das consultas em si, nomeadamente, a ocorrência de dificuldades por parte de alguns utentes na prática de alguns exercícios que lhes foram propostos realizar fora do contexto de consulta. Estas dificuldades podem ter ocorrido talvez pelo fator idade (eg. idade > 60) e pelas limitações cognitivas que alguns destes apresentaram. A falta de motivação também foi uma limitação, por vezes, difícil de contornar em alguns utentes pela sua persistência e falta de vontade em colaborar no processo terapêutico. No entanto, não deixou de constituir um desafio, e procurou-se a melhor forma de estimular os utentes com dedicação, empatia, atenção e interesse pelos seus problemas.

No geral, foi um estágio gratificante que permitiu a abertura e o acesso a uma variedade de campos de intervenção, favorecendo a aquisição de competências, saberes e práticas no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde.

VII-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, T. (2014). Formação de indicadores para a psicopatologia do luto. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: FMUSP.
- American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5*. Artmed, editora.
- Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. (2014). Randomized controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, 18(3), 354–362.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M. (2010). Pain proposal: a dor crónica em Portugal. *Comité executivo*, 104278 A5 12pp Portugal.indd Portugal.
- Matos, A. (2012). *Ansiedade, depressão e coping na dor crónica*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto editora.
- Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L. (2005). *Métodos de seleção de tratamento: o melhor para cada paciente*. Porto editora.
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M., Costa, M. & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivências da dor crónicas nas doenças reumáticas. *Acta reumatológica Portuguesa*, 34, 511-519.
- Pimenta, C, Kurita, G., Martins da Silva, E., Monteiro da Cruz, A. (2009). Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente á Dor Crónica (IAD-28 itens) em língua portuguesa. *Revista Esc Enferm USP*, 43 (Esp):107, 1-9.

Pimenta, C. & Monteiro da Cruz, D. (2006). Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente á dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 40(3):365-73. *Pimenta CAM, Cruz DALM*. www.ee.usp.br/reeusp/

Silva, P., Soares, S., Santos, J. & Silva, L. (2014). Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor da qualidade de vida de idosos. *Rev Saúde Pública*, 48(3):390-397. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004912.

Rangé, B. (2005). *Terapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo A: Modelo de agenda semanal

Agenda Semanal (Modelo)

Dias/Período	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã	Reunião de supervisão c/ Dra Gerly Macedo	Atividade clinica Nº Proc/hs		Atividade clinica Nº Proc/hs	
Tarde		Atividade clinica Nº Proc/hs		Atividade clinica Nº Proc/hs	Reunião de orientação c/ Drª Manuela Leite

Anexo B: Proposta do projeto de investigação

Folha de Rosto do Projeto de Investigação

TÍTULO

INTERVENÇÃO COGNITIVO-NARRATIVA NO LUTO PROLONGADO APÓS SUICÍDIO DE FAMILIAR: ENSAIO RANDOMIZADO CONTROLADO

CLASSIFICAÇÃO

Trabalho Académico de Investigação

Não conferidor de grau Conferidor de grau (Licenciatura Mestrado Doutoramento)

Projecto de Investigação

Ensaio Clínico (Medicamentos Dispositivos médicos)

Outro Qual? Ensaio clínico não farmacológico – normas consort

VERSÃO

Novo Modificação / Adenda Prolongamento

CALENDARIZAÇÃO

Data início: Nov/2015

Data conclusão: Maio/2016

PRAZO A CUMPRIR:

INVESTIGADORES (Aplicável aos Projectos de Investigação e Ensaio Clínicos)

É FUNDAMENTAL O E-MAIL, JÁ QUE ESTE CONSTITUIRÁ A FORMA PREFERENCIAL DE CONTACTO COM OS INVESTIGADORES.

Investigador Principal (Nome, Instituição, Serviço, Grupo profissional) Contactos (e-mail, telefone e telemóvel).

JOSÉ CARLOS FERREIRINHA CARDOSO DA ROCHA (jose.ferreirinha.rocha@gmail.com) 939084981 e Sofia Manuela Ferreira Gonçalves sofiag2009@live.com.pt; 917526779

Investigador Responsável no CHAA (Nome, Serviço, Grupo profissional) (Contactos: e-mail, telefone e telemóvel).

Assinale aqui se for idêntico ao Investigador Principal

Indique o Investigador Responsável no CHAA, quando o Investigador Principal não pertencer à Instituição.

ROSA RODRIGUES; rosa.rodrigues18@gmail.com

Outros Investigadores (Nome, Instituição, Serviço, Grupo profissional.)

Indique os restantes elementos da Equipa de Investigação.

Gerly Macedo DPSM; gerlygoncalves@chaa.min-saude.pt

ALUNOS E ORIENTADORES (Aplicável aos Trabalhos Académicos de Investigação)

É FUNDAMENTAL O E-MAIL, JÁ QUE ESTE CONSTITUIRÁ A FORMA PREFERENCIAL DE CONTACTO COM OS INVESTIGADORES.

Aluno Nome; Instituição (Universidade / Faculdade ou Escola); Curso e Ano; (Contactos: e-mail, telefone e telemóvel).

SOFIA MANUELA FERREIRA GONÇALVES (CESPU; 2º ANO; sofiag2009@live.com.pt; 917526779)

Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino

Nome; Instituição (Universidade / Faculdade ou Escola); Grupo e Categoria Profissional; Grau Académico; (Contactos: e-mail, telefone e telemóvel).

JOSÉ CARLOS FERREIRINHA CARDOSO DA ROCHA (jose.ferreirinha.rocha@gmail.com) 939084981

Orientador / Supervisor no CHAA (Nome, Serviço, Grupo profissional) (Contactos: e-mail, telefone e telemóvel).

Assinale aqui se for idêntico ao Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino

Indique o Orientador / Supervisor no CHAA quando o Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino não pertencer à Instituição.

Gerly Macedo; Psicologia; gerlygoncalves@chaa.min-saude.pt

PROMOTOR O próprio Outro (especifique no espaço disponível)

INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS

Unidades, Departamentos e Serviço do CHAA (de entre as indicadas, mencione qual é a proponente)

Serviço de psiquiatria e saúde mental do CHSO

Outras Instituições intervenientes (Indique outras Instituições, Unidades, Departamentos e Serviços)

CESPU- INSTITUTO SUPERIOR CIENCIAS DA SAUDE-NORTE

CARACTERÍSTICAS do estudo (Assinale as opções correctas)

Alvo do estudo

Animais Humanos

Natureza do estudo

Clínico Terapêutico
Epidemiológico Laboratorial
Rev. literatura Rev. casuística

Países / Instituições envolvidos

Multinacional Nacional
Multicêntrico Institucional

Características do estudo (desenho)

Descritivo Analítico
Observacional Experimental
Transversal Longitudinal
Retrospectivo Prospectivo

Partipantes

Existência de grupo controlo: Não Sim Seleção dos Participantes: Aleatória Não aleatória

Estudos observacionais:

Tipo: Caso-controlo Coorte Outro

Estudos experimentais:

Conhecimento: Aberto Cego (Duplamente cego)
Ensaio Clínico: Fase I Fase II Fase III Fase IV

Outros aspectos relevantes para a apreciação do estudo:

Participação de grupos vulneráveis Não Sim (Crianças Grávidas Outros:)
Convocação de doentes / participantes Não Sim (especificamente para participar no Estudo de Investigação)
Consentimento informado Não Sim (Carta a solicitar dispensa: Não Sim)
Realização de inquéritos / questionários Não Sim (Contacto entre Investigadores e Participantes: Não Sim)
Realização de entrevistas Não Sim
Colheita de produtos biológicos Não Sim (No CHAA Noutro local)
(Não anonimizados Anonimizados)
(Anonimização reversível Irreversível)
Armazenamento de produtos biológicos Não Sim (No CHAA Noutro local)
Criação de bancos de produtos biológicos Não Sim (No CHAA Noutro local) (ADN Outros)
(Não anonimizados Anonimizados)
Realização de exames / análises Não Sim (No CHAA Noutro local)
Realização de estudos genéticos Não Sim (No CHAA Noutro local)
Recolha de dados Não Sim (Dados clínicos Dados laboratoriais: analíticos / imagem)
Criação de bases de dados Não Sim (Não anonimizadas Anonimizadas)
Saída para outras instituições Não Sim (Produtos biológicos Dados)
(Públicas Privadas Nacionais Estrangeiras)
(Anonimização dos produtos biológicos / dados saídos)

Observações:

Os dados recolhidos em papel estarão identificados e depois será atribuída uma chave numérica ao introduzir em base de dados.

Intervenção Cognitivo-narrativa no luto prolongado após suicídio de familiar: Ensaio Randomizado Controlado

A equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste hospital está a desenvolver atividades de intervenção psicológica junto dos utentes em situação de luto prolongado, relativa ao suicídio de familiares e que estão em acompanhamento psiquiátrico neste departamento.

O objectivo destas atividades consiste em reduzir ao máximo todos os sintomas ligados à perda, melhorando o bem estar físico e psicológico dos utentes que participarem nesta actividade, facilitando uma melhoria gradual do seu funcionamento global.

Se aceitar voluntariamente participar nesta actividade, é-lhe pedido para preencher questionários e frequenta sessões individuais para concretizar os objectivos propostos.

Todos os dados recolhidos através de questionários e entrevistas são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins, por forma a garantir o anonimato e segurança dos mesmos.



Intervenção Cognitivo-narrativa no luto prolongado após suicídio de familiar: Ensaio Randomizado Controlado

Introdução: O suicídio é um grave problema de saúde pública que acarreta consequências graves nos familiares (McDaid, Trowman, Golder, Hawton & Sowden, 2008). A literatura atual sobre o impacto da perda violenta (eg. Suicídio) sugere a necessidade de intervenção no luto (Saindon, Rheingold, Baddeley, Wallace, Brown e Rynearson, 2014).

Estima-se que 6-15% das pessoas em luto desenvolvem luto complicado, contudo, não se conhecem dados específicos a uma perda tão violenta e complexa como a de suicídio. É comumente aceite pelos investigadores que as intervenções psicológicas ajudam a reduzir a intensidade das respostas ao luto, promovem uma maior resiliência no processo de adaptação logo após a perda e que intervir no luto é mais eficaz do que não o fazer (Currier, Neimeyer & Berman, 2008). Daí a pertinência da referida investigação.

Objetivo: O objetivo deste estudo é verificar a eficácia de um manual de intervenção cognitivo-narrativa nos sintomas de luto complicado, pós-stress traumático e depressão, e estudar o impacto da perda de um familiar na saúde mental do enlutado e os factores de regulação e expressão emocional subjacentes a esta perda. Acrescente-se que este manual já foi previamente utilizado em outros contextos e há evidências da sua eficácia, eficiência e de que tem menos efeitos secundários que as demais alternativas conhecidas.

Método: Este estudo consistirá num ensaio clínico randomizado controlado longitudinal, em respeito pelas normas CONSORT, para o qual será implementado o manual num grupo de 20 participantes, com avaliação antes e três meses depois da intervenção. A mesma avaliação será repetida num grupo equivalente com a intervenção convencional (*treatment as usual, TAU*). Os instrumentos utilizados serão: Questionário Socio Demográfico (QSD), Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRS) , o Inventário da Depressão de Beck (BDI), Inventário de Luto Complicado (ICG) e o IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et. al, 2006).

Participantes: Os participantes serão recrutados e avaliados por técnicos da Unidade, em acompanhamento psiquiátrico e psicológico nesta instituição por apresentar

resposta de luto reactivo ao suicidio de familiar. Os participantes serão sequencialmente alocados ao grupo de intervenção e ao grupo de controlo (TAU) e antes das intervenções terão lugar procedimentos de consentimento informado. Os participantes no grupo de controlo não terão qualquer limitação no acesso a serviços de saúde habitualmente fornecidos a participantes com estas características. Note-se que este grupo será constituído por individuos com idade superior a 18 anos, que tenham sofrido a perda de um familiar próximo por suicídio e que se encontram em luto (ICG>30) há mais de 6 meses.

Intervenção: Será implementado um programa cognitivo narrativo no luto prolongado após o suicidio de um familiar em quatro sessões individuais, semanais, com duração de 60 minutos. Este programa tem por base o manual *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve* (Gonçalves, 2002a) e o Manual e intervenção em Luto Complicado na Viuvez (Barbosa, Sá e Rocha, 2013). Este programa é composto por quatro fases (Barbosa da Silva, 2011): (1) a recordação, na qual o paciente é solicitado a evocar narrativas significativas na sua vida, como se as tivesse a viver no aqui e agora (2) a subjectivação emocional e cognitiva, no sentido de haver uma regulação das emoções negativas e a valorização das positivas que promovem uma maior adaptação através de avaliações retrospectivas que permitem ao individuo entender que a vida continua após a perda do ente querido; (3) a metáforização consiste em construções mentais que permitam dar significado as narrativas do individuo; (4) a projecção visa orientar o paciente para um processo ininterrupto de produção de metáforas. Note-se que a intervenção será composta por sessões individuais.

Conclusão: Este estudo controlado randomizado avalia a eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa em quatro sessões reduzindo o luto complicado, a sintomatologia depressiva e os sintomas traumáticos em participantes enlutados por suicídio, e visa examinar as diferenças entre dois grupos: grupo de intervenção e grupo de controlo. Espera-se de facto que ocorra uma redução acentuada dos sintomas inerentes à situação de luto com a referida aplicação interventiva e que sejam identificados os factores de regulação e expressão emocional subjacentes à perda do familiar em causa. Desta forma, se provará a eficácia desta Intervenção.

Bibliografia

Barbosa da Silva, V. N. (2011). *A eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa no luto complicado em viúvos*. Dissertação apresentada no Instituto Superior Ciências da Saúde-Norte, sob orientação do Prof. Doutor José Rocha.

Barbosa, V., Sá, M. & Rocha, J. C. (2013). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, DOI:10.1080/13607863.2013.833164.

Currier, J., Neimeyer, R., & Berman, J. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134 (5), 648-661.

Gonçalves, O. (2002a). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Desclée.

Saindon, C., Rheingold, A., Baddeley, J., Wallace, M., Brown, C. & Rynearson, E. (2014). Restorative Retelling for Violent Loss: An open clinical trial. *HHS*, 38(0): 251–258. doi:10.1080/07481187.2013.783654.

McDaid, C., Trowman, R., Golder, S. Hawton, K. & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 438-443.

Pedido de Autorização Institucional

Estudo de investigação (título)

INTERVENÇÃO COGNITIVO-NARRATIVA NO LUTO PROLONGADO APÓS SUICÍDIO DE FAMILIAR: ENSAIO RANDOMIZADO CONTROLADO.

Presidente do Conselho de Administração do CHAA

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do CHAA

Sofia Manuela Ferreira Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal x Investigador Responsável x Aluno x vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar Senhora da Oliveira o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

13/11/2015

Assinatura

Sofia M.F. Gonçalves

Estudo de investigação (título)

INTERVENÇÃO COGNITIVO-NARRATIVA NO LUTO PROLONGADO APÓS SUICÍDIO DE FAMILIAR: ENSAIO RANDOMIZADO CONTROLADO.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHAA

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHAA

Sofia Manuela Ferreira Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal X Investigador Responsável X Aluno X vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar Senhora da Oliveira o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

13/11/2015

Assinatura

Sofia M.F. Gonçalves

Termos de Responsabilidade dos Investigadores

Estudo de investigação (título)

INTERVENÇÃO COGNITIVO-NARRATIVA NO LUTO PROLONGADO APÓS SUICÍDIO DE FAMILIAR: ENSAIO RANDOMIZADO CONTROLADO

Investigador Principal

Na qualidade de Investigador Principal, declaro assumir a liderança científica do Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Nome	Grupo profissional	Data	Assinatura
José Carlos Rocha	Professora Auxiliar	13.11.2015	José Carlos Rocha
Sofia Correia Alves	Auxiliar	13.11.2015	Sofia Correia Alves

Investigador Responsável no CHAA

Na qualidade de Investigador Responsável no Centro Hospitalar do Alto Ave, declaro assumir a responsabilidade de execução do Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Nome	Grupo profissional	Data	Assinatura
Paula Rocha Marques	Psiquiatra	13.11.2015	Paula Rocha Marques
Carly Nacido	Fisioterapeuta	13.11.2015	Carly Nacido

Anexo C: Comprovativo de aprovação da proposta de investigação

Data 11.11.2015

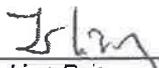
Para Centro Académico

Assunto: Pedido de emissão de parecer para estudo de investigação

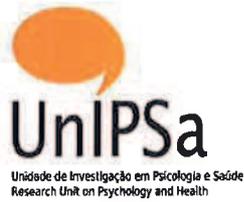
Nos termos da reunião desta Comissão de Ética, dá-se conhecimento a V. Ex^{as} do parecer emitido em reunião do passado dia 11 de Novembro de 2015:

"Apreciado o pedido de realização de um estudo de investigação subordinado ao tema "Intervenção cognitivo-narrativa no luto prolongado após suicídio de familiar: ensaio randomizado controlado" a realizar no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, tendo como investigadora a aluna de mestrado em psicologia da saúde e neuropsicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde, *Sofia Manuela Ferreira Gonçalves*. A Comissão de Ética em face das informações constantes do processo entendeu nada a opor ao estudo proposto, desde que na sua execução sejam cumpridos rigorosamente os princípios aplicáveis da deliberação nº 227 da CNPD, seja preservada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos doentes e se comprometa a entregar a esta Comissão de Ética fotocópias assinadas dos formulários de informação e consentimento esclarecido do doente ou do seu representante legal. A abordagem ao doente, no sentido da participação neste estudo, deve ser efectuada através de um profissional de saúde do HSO."

Com os melhores cumprimentos.


João Lima Reis
Presidente da CES

Anexo D: Manual de Intervenção



MANUAL DE INTERVENÇÃO NO LUTO PROLONGADO APÓS SUICÍDIO DE FAMILIAR.

Sofia Manuela Ferreira Gonçalves

Guimarães, Dezembro de 2015

Introdução

Segundo McDaid, Trowman, Golder, Hawton & Sowden (2008) o suicídio é um grave problema de saúde pública. De acordo com um relatório recente da Organização Mundial da Saúde (Stolberg, 2002, citado por Leming e Dickinson, 2007) o suicídio em todo o mundo a cada ano reivindica quase tantas vidas quanto a guerra e o homicídio combinados.

Normalmente o suicídio está associado à idade, gênero, estado civil e fatores socioeconômicos (Leming e Dickinson, 2007). Por exemplo, o suicídio é raro na infância, aumenta acentuadamente durante a adolescência e início da idade adulta e atinge picos na idade adulta (Leming e Dickinson, 2007). Segundo os mesmos autores, qualquer situação estressante, especialmente envolvendo uma perda, pode desencadear o comportamento suicida. Pessoas enlutadas por suicídio podem ter um processo de luto mais longo e mais difícil.

O luto é um processo construtivo em que a pessoa enlutada terá que desenvolver novas estratégias para lidar com a situação, estabelecendo, deste modo, uma ligação entre o passado, o presente e o futuro (Neimeyer, 2000).

A perspectiva cognitiva narrativa é uma abordagem construtivista e vê o indivíduo como construtor das suas próprias experiências, tendo a possibilidade de as narrar (Gonçalves, 2000). Neimeyer (2000) constatou que as terapias que enfatizam a procura do significado da perda são as mais promissoras no que diz respeito ao tratamento do luto, uma vez que não tem como objetivo único a sinalização de sintomas, mas também procuram promover mudanças na construção narrativa de metáforas que condensem todo o significado da sua experiência. A sua opinião é apoiada pela investigação de Davis, Wortman, Lehman & Silver (2000) e pelos estudos de Gonçalves (2000).

Segundo Gonçalves (1998) viver narrativamente é ser capaz de explorar múltiplas narrativas no passado, presente e futuro (**multiplicidade narrativa**), enriquecer estas narrativas por uma variedade de processos e atitudes que nos dêem conta da multipotencialidade de cada instante episódico da nossa existência (**complexidade narrativa**) e construir um sentido de conexão intra e inter narrativas (**coerência narrativa**).

Planeamento das sessões

Tema: A Intervenção cognitivo-narrativa no luto prolongado após suicídio de familiar.

Destinatários: Grupo de 10 participantes em situação de luto prolongado após suicídio de um familiar próximo.

Objetivo geral: Reduzir os sintomas de luto patológico, a depressão e o stress pós traumático e amenizar os fatores de regulação e expressão emocional.

Objetivos específicos: (1) levar os pacientes a exteriorizarem a sua situação de luto e a criarem as suas próprias narrativas específicas da perda; (2) estimular os pacientes para a tomada de consciência dos pensamentos e sentimentos/emoções associadas à perda/luto; (3) integrar todas as cognições e emoções para que estas façam sentido e coerência na sua vida e tenham significado através de metáforas criadas pelo próprio paciente, que será autor da sua história e construtor de mudanças positivas.

Materiais de intervenção: Manual cognitivo narrativo e escala de avaliação do programa.

Regras de funcionamento: A estruturação do manual abrange as características específicas do paciente, do psicólogo e do processo, e os objetivos, métodos e indicações para cada sessão.

As características específicas dos pacientes são as seguintes: (1) Indivíduos com idade superior a 18 anos; (2) Tenham sofrido a perda de um familiar próximo que se suicidou; (3) Se encontram em luto há mais de 6 meses; (4) Motivação para a realização do tratamento; (5) Boa capacidade para se envolver nas tarefas terapêuticas.

As características específicas da psicóloga são: (1) A Psicóloga será submetida à leitura atenta do manual, de modo a haver uma maior familiarização com o mesmo; (2) será supervisionada no que respeita à organização do programa bem como quanto ao processo subsequente; (3) No final de cada uma das sessões, e para cada um dos pacientes, a psicóloga fará uma auto-avaliação no sentido de refletir sobre como estas decorreram; (4) a psicóloga apresentará quer os objetivos como as técnicas de uma forma clara e

simples; (5) a psicóloga terá de estabelecer empatia, aceitação positiva, neutralidade e genuidade.

As características específicas do processo são: (1) Processo organizado em quatro sessões, de cerca de uma hora cada, com uma frequência semanal; (2) Os objetivos e a metodologia utilizada para cada sessão são operacionalizados; (3) No início de cada sessão é feita uma sumarização do encontro anterior; (4) No final de cada sessão é feita uma sumarização da mesma e exploração das reações do paciente à sessão realizada.

Procedimentos: Será feito um programa cognitivo narrativo no luto prolongado após o suicídio de um familiar em quatro sessões, semanais, com duração de 60 minutos. Este programa tem por base o manual *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve* (Gonçalves, 2002a). Este programa é composto por 4 fases, a saber (Barbosa da Silva, 2011): (1) a recordação, na qual o paciente é solicitado a evocar narrativas significativas na sua vida, como se as tivesse a viver no aqui e agora; (2) a subjetivação emocional e cognitiva, no sentido de haver uma regulação das emoções negativas e a valorização das positivas que promovem uma maior adaptação através de avaliações retrospectivas que permitem ao indivíduo entender que a vida continua após a perda do ente querido; (3) a metaforização consiste em construções mentais que permitam dar significado as narrativas do indivíduo; (4) a projeção visa orientar o paciente para um processo ininterrupto de produção de metáforas.

Objetivos, método e indicações para cada sessão

Neste ponto é apresentado o manual de intervenção em si, sendo descritas as fases que o constituem com os respetivos objetivos, método de intervenção e indicações/procedimentos em cada uma delas.

Manual Cognitivo Narrativo de intervenção no luto prolongado após suicídio de familiar (Adaptado de Rocha, Andrade e Barbosa, 2011)

Tal como descrito anteriormente, o referido manual foi adaptado com base no manual *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de Terapia Breve* (Gonçalves, 2002).

Neste manual foi reduzido o número de sessões, mantendo sempre o programa de intervenção congruente com os pressupostos da terapia cognitiva-narrativa. Assim sendo,

este reduz-se a 4 sessões, semanais, com duração de 60 min, sendo que a fase de Objetivação não será realizada, uma vez que traz consigo alguns riscos, nomeadamente o facto da vivência sensorial poder fazer emergir lembranças muito fortes e difíceis de colmatar, posteriormente.

De seguida descrevem-se genericamente as fases que serão executadas com os pacientes em luto por suicídio do Hospital Senhora da Oliveira.

Sessão 1 (Recordação)

Objetivos: (1) Promover a recordação de um episódio específico relacionado com o luto.

Metodologia: É pedido ao sujeito que recorde e descreva um episódio de modo a que este estructure a sua experiência com sentido de autoria e coerência. No final da sessão realiza-se um breve sumário que integre o que foi narrado: reações do cliente ao exercício (e.g. dificuldades); comentários do investigador no que respeita à capacidade do cliente em evocar os acontecimentos do episódio escolhido; pede-se ao cliente que avalie a sessão.

Procedimentos:

“ Vou-lhe pedir que se acomode e relaxe. Cada pessoa tem diferentes modos de relaxar e vou-lhe pedir que encontre a forma mais apropriada de se sentir relaxado. Deixe cair tranquilamente as suas pálpebras até que os seus olhos se fechem ... respire profundamente duas vezes para libertar a tensão e observe como os seus olhos ficam cada vez mais pesados ... Respire normalmente desejando que o ar passe por entre os seus lábios ... inspire ... expire ... inspire ... expire ... deixe que agora todo o seu corpo relaxe profundamente ... as suas mãos... os seus braços... a sua cabeça... todo o seu corpo relaxe completamente.

Centre agora a sua atenção nas imagens e pensamentos que lhe vêm à cabeça e deixe que fluam livremente ... Vou-lhe pedir para usar o som da minha voz para recordar um episódio que considere ser o mais significativo, para si, da perda. Procure trazer esse episódio para o momento presente e contá-lo como se o estivesse a viver aqui e agora “.

Sessão 2 (Subjetivação Emocional e Cognitiva)

Objetivos: (1) Proporcionar uma maior consciência das dimensões emocionais e cognitivas da experiência; (2) Promover a exploração da multiplicidade e diversidade de experiências emocionais e cognitivas do episódio, nomeadamente de outros aspetos da experiência não valorizados anteriormente.

Metodologia: Inicialmente o técnico fará uma recapitulação, sumariando o episódio construído na sessão anterior para depois evocar e ativar emoções que foram sendo desencadeadas no decurso da construção narrativa. Será importante explorar as sensações físicas sentidas no momento em que as emoções foram ativadas. De seguida o técnico sugere que o enlutado explore a componente cognitiva do episódio e faça sucessivas associações aos pensamentos e emoções evocadas. Nesta fase, utiliza-se:

- a) Lista de Pensamentos: *“Pense no episódio que escolheu como significativo da perda e procure identificar o primeiro pensamento que lhe aparece associado, bem como imagens”*.
- b) Descascar da Cebola: tendo o cliente falado do pensamento, o terapeuta prossegue na exploração de outros pensamentos associados que lhe possam surgir: *“ que pensamento lhe surge associado a esse? ... e agora que pensamento surge associado a esse último?”*.

No final, o exercício de subjetivação emocional é discutido com o cliente explorando: reações do cliente ao exercício, comentários do investigador às dificuldades do cliente e acerca da importância do exercício, e finda-se com um breve resumo da mesma.

Sessão 3 (Metaforização)

Objetivos: (1) Explorar diferentes significados possíveis para o episódio e escolha de uma metáfora que apresente maior condensação e tensão de significado.

Metodologia: Inicialmente é feita uma recapitulação, sumariando o episódio construído na sessão anterior, centrando-se particularmente na subjetivação emocional e cognitiva

da experiência. Aponta-se para a importância da utilização de paráfrases, silêncios, reflexões de significado e sumarização como competências de entrevista.

Posteriormente é pedido ao participante que gere metáforas que estabeleçam analogias entre referenciais diferentes, potenciando tensão entre níveis diferentes de significação e sugerindo respostas. Encorajar metáforas na perspectiva de outros sujeitos significativos de modo a abranger mais referenciais. Pedir ao participante um título ou tema unificador, à partida portador de maior tensão e condensação de significado e discuti-lo.

Procedimentos:

“ Procure encontrar uma metáfora, (um conceito) que constitua uma espécie de título que simbolize os significados básicos da situação de perda que temos vindo a trabalhar (permitir que o cliente encontre uma metáfora) ... Que outras metáforas poderia construir dessa experiência? (incentivar o cliente a encontrar uma diversidade de significados através de várias metáforas) ... Procure agora eleger uma metáfora que constitua a síntese das diversas metáforas produzidas (animar o cliente na identificação de elementos comuns de significado através de uma metáfora de síntese).

Num último momento, pede-se ao cliente um título ou tema unificador para todas as metáforas anteriormente expressas.

No fim, procede-se à discussão do exercício de metaforização em que se exploram as reações do cliente, comentários do terapeuta acerca das dificuldades do cliente e da importância do exercício para os objetivos da fase de metaforização. Faz-se, também, síntese do trabalho realizado nesta sessão.

Sessão 4 (Projeção)

Objetivos: (1) Promover a construção e experimentação de outras possíveis organizações do episódio.

Metodologia: Refletindo na metáfora construída, é solicitado ao participante que apresente um episódio em que funcionou de modo alternativo à metáfora de raiz, seguindo-se a metaforização desse episódio. Incentivar o participante a imaginar como seria o episódio com a metáfora alternativa, e questioná-lo quanto às diferenças de

emoções e pensamentos nas duas narrativas. Finalmente, será discutido de que forma a metáfora alternativa representa um modo de funcionamento mais adaptado.

Procedimentos:

“Gostaria que se imaginasse na situação de perda que temos vindo a trabalhar. Procure identificar os pensamentos e, com base nisso, o que projeta para futuro? Que metáforas alternativas? “.

Discussão do exercício de projeção: reações do cliente ao exercício; comentários do investigador acerca das dificuldades do cliente e da importância do exercício para os objetivos da fase de projeção.

No final concretiza-se uma síntese do trabalho realizado e breve resumo da sessão. Pede-se ao cliente que enumere alguns dos principais resultados que tenha identificado como produto deste trabalho; O cliente avalia os momentos mais significativos do processo: animar o cliente a relatar que momentos foram mais significativos de todo o processo.

Escala de avaliação da aplicação do programa

1. Recordação

1.1 Foram apresentados os objetivos do trabalho de recordação.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
1.2 O técnico encorajou o sujeito a recordar e descrever um episódio específico relacionado com o luto.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
1.3 Ficou clara a sequência narrativa do episódio.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo

2. Subjetivação

2.1 O técnico fez uma recapitulação do episódio explorado na sessão anterior.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
2.2. Convida o participante a explorar a componente emocional da experiência				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
2.3. Foram evocadas e ativadas as emoções da sua experiência.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
2.4. O técnico explorou sensações físicas sentidas ao evocar as emoções.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
2.5. O técnico convidou o participante a explorar a componente cognitiva da experiência				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
2.6. O técnico convidou o participante a identificar pensamentos associados às emoções evocadas.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
2.7. Foi encorajado a associar livremente outros pensamentos ao pensamento inicial. "Que associa a esse pensamento?"				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo

3. Metaforização

3.1 O técnico apresentou os objetivos do trabalho de metaforização.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
3.2 Foram apresentados exemplos deste trabalho.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
3.3 Foram reevocados os pensamentos e emoções experimentados no episódio.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
3.4 O técnico encoraja o participante a gerar metáforas que condensem o significado do episódio.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
3.5 Foi pedido que o participante gerasse metáfora na perspectiva de outros.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
3.6 Condensando referenciais, foi elaborada uma metáfora unificadora.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
3.7 Foi discutido o significado da metáfora.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
3.8 O técnico discute com o participante a analogia e tensão entre a metáfora e a experiência.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo

4. Projeção

4.1 O técnico apresentou os objetivos do trabalho de projeção.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
4.2 Recordando episódios análogos, foi pedido ao participante que escolhesse um com funcionamento alternativo.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
4.3 O técnico sugeriu ao participante que gere metáfora para esse episódio.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
4.4 Foi pedido ao participante que imaginasse como seria o episódio com a metáfora.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo
4.5 O técnico questionou sobre diferentes emoções e pensamentos na nova narrativa e sugere comparação com a inicial.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo

4.6 Foi discutido de que forma esta metáfora representa um modo de funcionamento mais adaptativo.				
1	2	3	4	5
Totalmente de acordo	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte em desacordo	Totalmente em desacordo

Referências bibliográficas

Barbosa da Silva, V. N. (2011). *A eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa no luto complicado em viúvos*. Dissertação apresentada no Instituto Superior Ciências da Saúde-Norte, sob orientação do Prof. Doutor José Rocha.

Botega, N., Werlang, B., Cais, C. & Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, vol.37, nº3, 213-220.

Coelho de Andrade, A. S. (2010). Avaliação empírica de um programa cognitivo-narrativo no luto. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte.

Gonçalves, O. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de Terapia Breve*. Campinas:Editorial Psy.

Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.

Leming, M. & Dickinson, G. (2007). *Understanding Dying, Death and Bereavement*. Sixth edition. Thomson Wadsworth: USA.

McDaid, C., Trowman, R., Golder, S. Hawton, K. & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 438-443.

Neimeyer, R. A. (2003). *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. Washington Dc, American Psychological Association.

Anexo E: Documentação inerente à formação e power point

Folha de Sumário

Centro de Formação – Acreditado por Despacho n.º 622 de 01/07/99

1. FORMAÇÃO

CURSO/AÇÃO/SESSÃO		SERVIÇO/LOCAL	
TEMA			DURAÇÃO TOTAL
Intervenção no luto prolongado após suicídio de familiar.			30 minutos
DATA	HORÁRIO	FORMADOR	RUBRICA
04-04-2016	09.00-10.00	Sofia Gonçalves	

2. SUMÁRIO

O suicídio é um grave problema de saúde pública que acarreta consequências graves nos familiares, por isso, estima-se que 6-15% das pessoas em luto desenvolvem luto complicado (OMS, 2002, citado por Santos, 2014), contudo, não se conhecem dados específicos a uma perda tão violenta e complexa como a de suicídio. As pessoas enlutadas por suicídio têm um processo de luto mais longo e mais difícil. O luto é um processo construtivo em que a pessoa enlutada terá que desenvolver novas estratégias para lidar com a situação, estabelecendo, deste modo, uma ligação entre o passado, o presente e o futuro (Neimeyer, 2003). Dai a pertinência das intervenções nestas populações, sendo que a abordagem cognitiva narrativa tem demonstrado eficácia na redução da intensidade das respostas ao luto, promovendo uma maior resiliência no processo de adaptação ao luto após a perda (Neimeyer, 2003).

3. TIPO DE AULA / MEIOS UTILIZADOS

TIPO DE AULA			
TEÓRICA	DURAÇÃO: ____ h ____ m	PRÁTICA	DURAÇÃO: ____ h ____ m
MEIOS UTILIZADOS			
<input type="checkbox"/> Projetor Multimédia	<input checked="" type="checkbox"/> Computador Portátil	<input type="checkbox"/> Quadro Branco	<input type="checkbox"/> Cavalete + Papel
<input type="checkbox"/> Outro(s): _____			

Plano do Curso / Ação de Formação

Centro de Formação – Acreditado por Despacho n.º 622 de 01/07/99

Preencher este impresso para cada curso/ação de formação planificado(a).

1. CURSO/AÇÃO	2. TEMA				
	Intervenção no luto prolongado após suicídio de familiar.				
3. DATA	4. HORÁRIO	5. SERVIÇO/LOCAL			
04-04-2016	9.00				
6. DESTINATÁRIOS					
<input type="checkbox"/> Dirigente Superior	<input type="checkbox"/> Dirigente Intermédio	<input checked="" type="checkbox"/> Técnico Superior	<input type="checkbox"/> Assistente Técnico	<input type="checkbox"/> Assistente Operacional	<input type="checkbox"/> Técnico Superior de Saúde
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Informático	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

7. FUNDAMENTAÇÃO

Segundo McDaid, Trowman, Golder, Hawton & Sowden (2008) o suicídio é um grave problema de saúde pública. De acordo com um relatório recente da Organização Mundial da Saúde (Stolberg, 2002, citado por Leming e Dickinson, 2007) o suicídio em todo o mundo a cada ano reivindica quase tantas vidas quanto a guerra e o homicídio combinados. De acordo com Leming e Dickinson (2007) qualquer situação estressante, especialmente envolvendo uma perda, pode desencadear o comportamento suicida. Acrescenta-se que as pessoas enlutadas por suicídio podem ter um processo de luto mais longo e mais difícil.

É comumente aceite pelos investigadores que as intervenções psicológicas ajudam a reduzir a intensidade das respostas ao luto, promovem uma maior resiliência no processo de adaptação logo após a perda (Stroebe & Stroebe, 1988; Kato & Mann, 1999, citado por Stroebe, Hansson, Schut & Stroebe, 2008) e, que intervir no luto é mais eficaz do que não o fazer (Currier, Neimeyer & Berman, 2008). Sendo assim, a perspectiva cognitiva narrativa é uma abordagem construtivista que vê o indivíduo como construtor das suas próprias experiências, tendo a possibilidade de as narrar (Gonçalves, 2000), daí a sua pertinência no tratamento de pacientes em luto patológico. Seguindo a mesma linha, Neimeyer (2003) também constata que as terapias que enfatizam a procura do significado da perda são as mais promissoras no que diz respeito ao tratamento do luto, uma vez que não tem como objectivo único sinalizar sintomas, mas também procuram promover mudanças na construção narrativa de metáforas e nos comportamentos. A sua opinião é apoiada pela investigação de Davis, Wortman, Lehman & Silver (2000) e pelos estudos de Gonçalves (2000).

8. OBJETIVOS GERAIS (deve conter pelo menos um objetivo mencionado na descrição do projeto)

- apelar a equipa multidisciplinar para o olhar atento aos sinais/ factores precipitantes do comportamento de suicídio;
- sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância e utilidade terapêutica da intervenção cognitiva-narrativa no processo de luto patológico em pacientes após a perda de familiar por suicídio;

9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (deve conter o indicador e a meta)

- aquisição de conhecimento acerca do conceito de suicídio e luto;
- aquisição de conhecimento relativo às estatísticas sobre comportamentos suicidiários, fatores precipitantes/fatores de risco;
- aquisição de conhecimento acerca da Intervenção cognitiva-narrativa no luto após suicídio de familiar seus objetivos, pertinência e utilidade terapêutica;
- apresentação de casos práticos;
- conclusão e reflexão crítica

10. METODOLOGIA



Método
Expositivo



Método
Demonstrativo



Método
Ativo



Método
Interrogativo



11. AVALIAÇÃO / MEDIDAS CORRETIVAS A IMPLEMENTAR

Questionário do formando para avaliação do impacto da sessão.

12. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- ▶ O conceito de suicídio
- ▶ 1.1. estatísticas
- ▶ 1.2 fatores precipitantes/fatores de risco
- ▶ 2. O conceito de luto (luto saudável vs patológico)
- ▶ 3. Intervenção cognitiva-narrativa no luto após suicídio de familiar
- ▶ 3.1. objetivo, pertinência e utilidade terapêutica no luto
- ▶ 3.2. descrição breve das sessões
- ▶ 3.2.1. objetivos, métodos e procedimentos de cada sessão
- ▶ 4. Conclusão e reflexão crítica

13. FORMANDOS

Formandos Internos

Formandos Externos

N.º total de Formandos:

14. FORMADORES

Nome: _____ N.º Mec. ou BI/CC¹ _____ Rubrica: _____

Nome: _____ N.º Mec. ou BI/CC¹ _____ Rubrica: _____

Nome: _____ N.º Mec. ou BI/CC¹ _____ Rubrica: _____

Nome: _____ N.º Mec. ou BI/CC¹ _____ Rubrica: _____

¹ Número Mecanográfico para Formadores Internos (Colaboradores do CHAA) e número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão para Formadores Externos. Os Formadores Externos deverão preencher SEMPRE a Ficha do Formador (Mod.0765_Reg_SQE).

15. MEIOS (audiovisuais e outro material necessário)

Projetor Multimédia

Computador Portátil

Quadro Branco

16. COORDENADOR PEDAGÓGICO

Nome: _____ N.º Mec.: _____

Bibliografia

Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Caminho.

(OMS, 2002) Retirado de Santos, M. (2014). Histórias de suicídios não consumados: um estudo sobre os significados construídos em torno da tentativa de suicídio. Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora.

Conselho Federal de Psicologia - CFP (2013). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP
Sociedade Portuguesa de Suicidologia – SPS. (2000-2014). Consultado em <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>.

Barbosa da Silva, V. N. (2011). *A eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa no luto complicado em viúvos*. Dissertação apresentada no Instituto Superior Ciências da Saúde-Norte, sob orientação do Prof. Doutor José Rocha.

Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais- DSM V (2013). American Psychiatric Association: artmed.

Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.

Gonçalves, O. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de Terapia Breve*. Campinas:Edit.Psy.

Basso, L. & Wainer, R. (2011). *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 7(1), pp.35-43.

Gonçalves, F. & Dias, M. (2003) Coerência Textual: um Estudo com Jovens Adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16: 29-40.

Botega, N., Werlang, B., Cais, C. & Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, vol.37, nº3, 213-220.

Santos, M., Meleiro, A. & Sousa, K. (2009). Como prevenir o risco e a tentativa de suicídio. Consultado em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2398/como_prevenir_o_risco_e_a_tentativa_de_suicidio.htm

Dias, C. (2016). Aconselhamento e psicoterapia com adultos e terapia de casal: narrativas. Consultado em: <http://www.anadiapsicologia.com/narrativas.htm>

Santos, W., Lopes, R. & Neufeuld, C. (2013). Relação terapêutica e terapia narrativa: entrevista com Miguel Gonçalves. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 61-69.

INTERVENÇÃO NO LUTO PROLONGADO APÓS SUICÍDIO DE FAMILIAR



Sofia Gonçalves
n.º23174 (CESPU)
Dra Gerly Macedo
(Orientadora do local de
estágio - DPSM)
HSO, 4 de Abril de 2016

G2
G3

Índice

- ▶ 1. O conceito de suicídio
- ▶ 1.1. estatísticas
- ▶ 1.2. fatores precipitantes/fatores de risco
- ▶ 2. O conceito de luto (luto saudável vs patológico)
- ▶ 3. Intervenção cognitiva-narrativa no luto após suicídio de familiar
- ▶ 3.1. objetivo, pertinência e utilidade terapêutica no luto
- ▶ 3.2. descrição breve das sessões
- ▶ 3.2.1. objetivos, métodos e procedimentos de cada sessão
- ▶ 4. Conclusão e reflexão crítica

Diapositivo 2

G2 Faz mais sentido, falar primeiro do Suicídio; depois do luto e depois intervenção no luto
Gerly, 25-02-2016

G3 Lembro tens 30 minutos max p/áp
Gerly, 25-02-2016

Suicídio

- ▶ "O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão certa, não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa nesse momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou, pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida em viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente." ¹



Taxas de suicídio por 100.000 habitantes – PORTUGAL ⁴

Ano	Global	Masculino	Feminino
2003	10.5	16.6	4.8
2004	11.5	18	5.5
2005	8.8	13.8	4.1
2006	8.4	13.6	3.6
2007	9.6	14.5	4.9
2008	9.8	15.4	4.5
2009	9.6	15.6	4
2010	10.4	16.4	4.8
2011	9.6	15.5	4.1

Factores de risco/precipitantes

- ▶ Modelos de suicídio: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou notícias veiculadas pelos média ¹¹
- ▶ História de suicídio, violência ou de perturbação de humor na família ¹¹
- ▶ Tentativas prévias de suicídio ¹¹
- ▶ Ameaça ou ideação suicida ¹¹
- ▶ Crise vital próxima, como luto, cirurgia iminente ou dissolução de um relacionamento amoroso ¹²
- ▶ Acesso fácil a agentes letais ¹²
- ▶ Ansiedade, depressão, alcoolismo, quadro psicótico e estado de exaustão ¹²
- ▶ Presença de perturbações alimentares (anorexia/bulimia) ¹¹
- ▶ Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro etc.) ¹¹
- ▶ Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não ¹¹

G4 G6

Luto saudável

- ▶ **Luto saudável:** refere-se ao facto de a perda ser tolerável e mantendo-se a habilidade ou capacidade para continuar a vida regularmente ⁵
- ▶ V62.82 (Z63.4) Luto Sem Complicações ⁶
- ▶ Quando o foco da atenção clínica é uma reação normal à morte de um ente querido ⁶
- ▶ alguns indivíduos em sofrimento apresentam sintomas característicos de um episódio depressivo maior e procuram apoio médico p/ reduzir esses sintomas ⁶.

Diapositivo 6

G4 remeterias as refs bibliograficas p/diapositivos de referencias bibliograficas, simplificando a mancha
geny; 25-02-2016

G5 Além Introduzir critérios DSM V tb seria interessante
geny; 25-02-2016

G6 Introduzindo diagnóstico diferencial entre reacção de adaptação e perturbação
geny; 25-02-2016

Luto patológico

- ▶ **Luto complicado:** é mais prolongado e intenso do que o esperado afeta a capacidade funcional do indivíduo e impede de regressar ao seu funcionamento normal anterior à perda ⁵.
- ▶ **Transtornos de adaptação** podem ser diagnosticados após a morte de um ente querido quando a intensidade, a qualidade e a persistência das reações de luto excedem o que se esperaria normalmente ⁶ e quando desencadeia um prejuízo funcional ⁶.

Intervenção Cognitivo comportamental

- *Cognitiva - Atua nas: Crenças (pensamentos, interpretações), emoções e comportamentos.
- *Comportamental - as teorias da aprendizagem

Vantagens

- Identificar as principais preocupações do utente ⁹;
- Facilitadora no processo de readaptação do utente ⁹;
- Recurso a estratégias e técnicas terapêuticas (eg: resolução de problemas, auto monitoramento, treino de habilidades sociais, estratégias de coping, reestruturação cognitiva) ⁹;
- psicoeducação, registo de pensamentos disfuncionais, role play, descoberta guiada, dessensibilização sistemática ⁹.

Intervenção cognitivo narrativa

outras abordagens - meio para chegar aos fenómenos psicológicos relevantes (olham através da narrativa) ¹⁰

≠

terapias narrativas - o próprio fenómeno psicológico relevante (olham para a narrativa)_ construção social e interaccionismo simbólico ¹⁰

- ▶ contextualiza a história em termos temporais, sociais e das circunstâncias pessoais envolvidas, apresentando os elementos necessários para o decurso da acção ¹⁰;
- ▶ introduz os elementos estruturantes do episódio (eg. acontecimentos que o despoletam, respostas internas do sujeito, novas acções e respectivas consequências ¹⁰;
- ▶ fornece referências avaliativas que permitem perceber o significado emocional da história para o narrador ¹⁰;
- ▶ organiza os elementos de uma forma integrada, enquadrando o significado das experiências num contexto de vida mais alargado ou no contexto da própria identidade do indivíduo ¹⁰

Intervenção cognitivo narrativa

- ▶ **Vantagens**
- ▶ explora a forma como são organizadas e contadas as narrativas dominantes da pessoa/família, e produz uma transformação na natureza dessas histórias e/ou na forma de as contar, alterando a sua força na manutenção do problema ¹³;
- ▶ Recurso a técnicas tais como Externalização (o problema exerce influência sobre a pessoa/é separado da pessoa);
- ▶ Questões sobre Resultados Únicos (identificação de situações que vencem o problema);
- ▶ amplificação da Narrativa Alternativa (reforçar os resultados únicos na construção narrativa) ¹³;

Construção de novas direções de vida

Pertinência e utilidade terapêutica no luto

- ▶ orientar os processos cognitivos mais complexos (memória, expectativas, autopercepção) ¹⁴
- ▶ os processos emocionais (temas emocionais predominantes) ¹⁴
- ▶ as relações interpessoais ¹⁴
- ▶ e a organização do plano para o futuro (projetos) ¹⁴

Intervenção cognitivo narrativa no luto

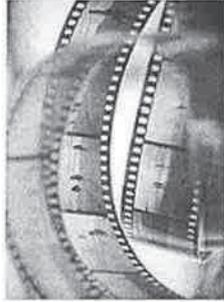
Objetivos:

- ▶ (1) levar os pacientes a exteriorizarem a sua situação de luto e a criarem as suas próprias narrativas específicas da perda ⁵ ;
- ▶ (2) estimular os pacientes para a tomada de consciência dos pensamentos e sentimentos/emoções associadas à perda/luto ⁵ ;
- ▶ (3) integrar todas as cognições e emoções para que estas façam sentido e coerência na sua vida e tenham significado através de metáforas criadas pelo próprio paciente, que será autor da sua história e construtor de mudanças positivas ⁵ .

Procedimentos

- ▶ o paciente é solicitado a evocar narrativas significativas na sua vida, como se as tivesse a viver no aqui e agora ^{5/8};

▶ RECORDAÇÃO



- ▶ É pedido ao sujeito que recorde e descreva um episódio de modo a que este estructure a sua experiência com sentido de autoria e coerência ^{5/8}.

Procedimentos

- ▶ Subjetivação Emocional e Cognitiva



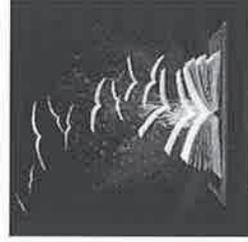
- ▶ Exploração e regulação das emoções negativas e a valorização das positivas promovendo uma maior adaptação através de avaliações retrospectivas que permitam ao indivíduo entender que a vida continua após a perda do ente querido ⁵;

- ▶ o técnico sugere que o enlutado explore a componente cognitiva do episódio e faça sucessivas associações aos pensamentos e emoções evocadas ⁵.

Procedimentos

- ▶ É pedido ao participante que gere metáforas que estabeleça analogias entre referenciais diferentes, potenciando tensão entre níveis diferentes de significação e sugerindo respostas ⁵.

▶ Metaforização

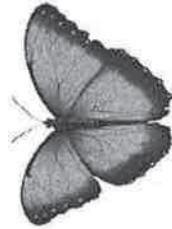


- ▶ consiste em construções mentais que permitam dar significado as narrativas do indivíduo ⁸;

- ▶ Encorajar metáforas na perspetiva de outros sujeitos significativos de modo a abranger mais referenciais. Pedir ao participante um título ou tema unificador, à partida portador de maior tensão e condensação de significado e discutí-lo ⁵.

Procedimentos

- ▶ **Projeção**
 - ▶ Refletindo na metáfora construída, é solicitado ao participante que apresente um episódio que funcionou de modo alternativo à metáfora de raiz, seguindo-se a metaforização desse episódio ^{5/7/8}.
 - ▶ Incentivar o participante a imaginar como seria o episódio com a metáfora alternativa, e questioná-lo quanto às diferenças de emoções e pensamentos nas duas narrativas ^{5/7/8}.



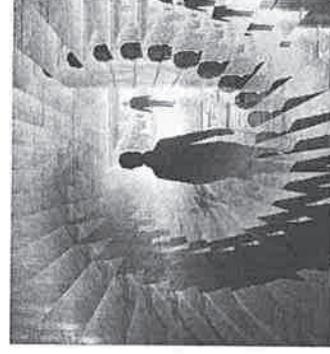
Reflexão crítica

- ▶ Encorajar os pacientes a enfrentar e trabalhar a perda criando a sua própria história através de metáforas ⁷.
- ▶ A TCN é inovadora no sentido de que o recurso às metáforas ricas de significado, quer na fase da metaforização como na projeção, permitem ao paciente refletir sobre a situação que para si é foco de preocupação e, a partir daí, desconstruir as metáforas portadoras de significado negativo e projetar para o futuro metáforas alternativas e mais adaptativas ⁷.

Dificuldades sentidas pelos pacientes

Dificuldades dos utentes	Alternativas de resolução
- Dificuldades na criação de metáforas na perspetiva de outras pessoas.	- Reforço na criação de metáforas através da modelagem
- Dificuldades na projeção de episódios e metáforas alternativos	- Encorajamento na criação de novas alternativas através do reforço de pensamentos positivos e modelagem);
- Sentimento de culpa	- Registo de pensamentos alternativos (eg. identificação de resultados únicos e amplificação da construção narrativa);
- Desmotivação p/ participar na intervenção	- Relembração e reforço dos objectivos e benefícios da terapia na sua saúde mental e no seu bem estar.

FIM



- ▶ A melhor música como o melhor teatro é a mais triste e, a sua grandeza assenta na emergência de expor a discórdia, a perda e a dor ⁵.
- ▶ O sublime na música como na vida espelha a procura humana por significado ⁵.

Referências bibliográficas

- ▶ 1 Sampão, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Caminho.
- ▶ 2 (OMS, 2002) Retirado de Santos, M. (2014). Histórias de suicídios não consumados: um estudo sobre os significados construídos em torno da tentativa de suicídio. Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora.
- ▶ 3 Conselho Federal de Psicologia - CFP (2013). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP
- ▶ 4 Sociedade Portuguesa de Suicidiologia – SPS. (2000-2014). Consultado em <http://www.spsuicidiologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>.
- ▶ 5 Barbosa da Silva, V. N. (2011). *A eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa no luto complicado em vivos*. Dissertação apresentada no Instituto Superior Ciências da Saúde-Norte, sob orientação do Prof. Doutor José Rocha.
- ▶ 6 Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais- DSM V (2013). American Psychiatric Association: arimed.
- ▶ 7 Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.

Referências bibliográficas

- ▶ 8 Gonçalves, O. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de Terapia Breve*. Campinas:Edit.Psy.
- ▶ 9 Basso, L. & Wainer, R. (2011). *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 7(1), pp.35-43.
- ▶ 10 Gonçalves, F. & Dias, M. (2003) Coerência Textual: um Estudo com Jovens Adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16: 29-40.
- ▶ 11 Bolega, N., Wierlang, B., Cais, C. & Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, vol.37, nº3, 213-220.
- ▶ 12 Santos, M., Meleiro, A. & Sousa, K. (2009). Como prevenir o risco e a tentativa de suicídio. Consultado em http://www.medicinamet.com.br/conteudos/reviwoes/7398/como_prevenir_o_risco_e_a_tentativa_de_suicidio.htm
- ▶ 13 Dias, C. (2016). *Aconselhamento e psicoterapia com adultos e terapia de casal: narrativas*. Consultado em: <http://www.anadiaspsicologia.com/narrativas.htm>
- ▶ 14 Santos, W., Lopes, R. & Neufeld, C. (2013). *Relação terapêutica e terapia narrativa: entrevista com Miguel Gonçalves*. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 6:1-08.

Avaliação do Impacto da Formação

Centro de Formação – Acreditado por Despacho n.º 622 de 01/07/99

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO [Diretor/Responsável de Serviço/Chefia/Coordenador da Formação]

Nome _____ Rubrica _____ Data da Avaliação _____

FORMAÇÃO

Designação da Formação _____ Data _____

Assinale, por favor, com uma cruz (X) a opção que melhor transmita a sua opinião

I. Considera que os colaboradores, em geral, avaliaram a ação como:

Sem Interesse Pouco Interessante Interessante Muito Interessante Sem Opinião

Observações

II. Considera que os colaboradores aprenderam, com base nos objetivos da formação?

SIM NÃO

Observações

III. Em que grau considera que o comportamento dos colaboradores no posto de trabalho mudou, aplicando o que aprenderam?

100% 75% 50% 25% 0%

Observações

IV. Como classifica o impacto que a formação teve no Departamento/Serviço?

Insignificante Pouco Significativo Significativo Muito Significativo Sem Opinião

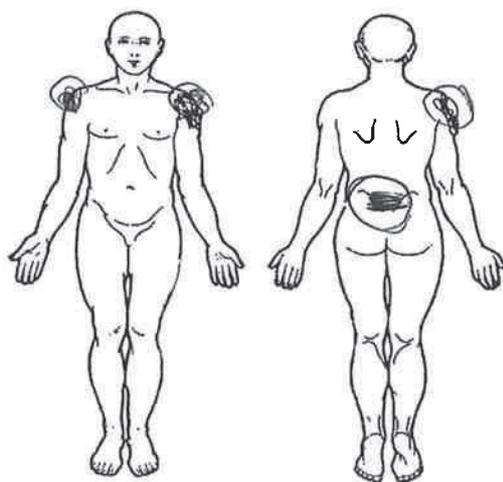
Observações

Anexo F: Instrumentos de avaliação (Questionário de dor McGill, IAD-breve, SCL 90, BDI, IDATE, WHOQOL-bref)

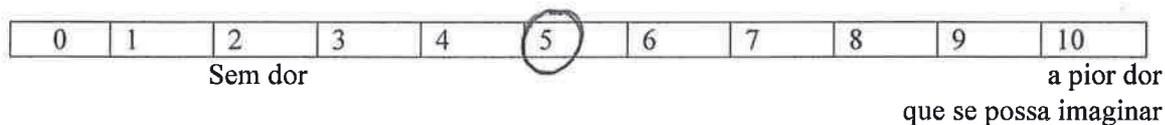
Inventário resumido da dor - BPI

Versão Portuguesa do Brief Pain Inventory (short form).

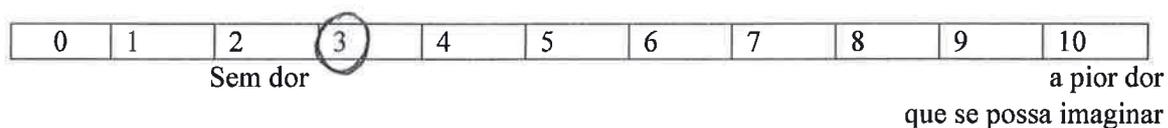
1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dor de cabeça de pequena importância, entorses e dores nos dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns. Sim _____ Não ~~X~~
2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um x na zona que lhe doi mais.



3. Por favor classifique a sua dor assinalando com o círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.



4. Por favor classifique a sua dor assinalando com o círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.



5. Por favor classifique a sua dor assinalando com o círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor						a pior dor que se possa imaginar				

6. Por favor classifique a sua dor assinalando com o círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					a pior dor que se possa imaginar					

17

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor.

Medicação, fisioterapia (desistência = falta dinheiro)

8. Na última semana até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio					alívio completo					

9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A. Atividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu							interferiu completamente			

B. Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu							interferiu completamente			

C. Capacidade para andar a pé.

Sem medicação alguma 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu					interferiu completamente					

D. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu					interferiu completamente					

E. Relações com outras pessoas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						interferiu completamente				

F. Sono.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						interferiu completamente				

G. Prazer de viver.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu					interferiu completamente					

↓
 dar nas áreas (prioridades)
 pensamentos
 preocupações imediatas

Obrigado pela sua colaboração.

37

Sugere-se exercício físico ⇒ marcha comunitária
 atividades diárias ⇒

Inventário de Atitudes Frente à Dor (IAD-breve)

Totalmente falso - 0 Quase falso - 1 Nem verdadeiro nem falso - 2 Quase verdadeiro - 3 Totalmente verdadeiro - 4					
1. Muitas vezes eu consigo influenciar a intensidade da dor que sinto.	0	1	2	3	4
2. Provavelmente eu sempre terei que tomar medicamentos para dor.	0	1	2	3	4
3. Sempre que eu sinto dor eu quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
4. Eu não espero cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
5. O maior alívio da dor que eu tive foi com o uso de medicamentos.	0	1	2	3	4
6. A ansiedade aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
7. Sempre que eu sinto dor as pessoas devem me tratar com cuidado e preocupação.	0	1	2	3	4
8. Eu desisti de buscar a completa eliminação da minha dor através do trabalho da medicina.	0	1	2	3	4
9. É responsabilidade daqueles que me amam ajudarem-me quando eu sentir dor.	0	1	2	3	4
10. O estresse na minha vida aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
11. Exercício e movimento são bons para o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
12. Concentrando-me ou relaxando-me consigo diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
13. Remédio é um dos melhores tratamentos para dor crônica.	0	1	2	3	4
14. A minha família precisa aprender a cuidar melhor de mim quando eu estiver com dor.	0	1	2	3	4
15. A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
16. Se eu me exercitasse poderia piorar ainda mais o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
17. Eu acredito poder controlar a dor que sinto mudando meus pensamentos.	0	1	2	3	4
18. Muitas vezes quando eu estou com dor eu preciso de mais carinho do que estou recebendo agora.	0	1	2	3	4
19. Alguma coisa está errada com meu corpo que impede muito movimento ou exercício.	0	1	2	3	4

20. Eu aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
21. Eu confio que a medicina pode curar a minha dor.	0	1	2	3	4
22. Eu sei com certeza que posso aprender a lidar com a minha dor.	0	1	2	3	4
23. A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
24. A minha dor física não será curada.	0	1	2	3	4
25. Há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor.	0	1	2	3	4
26. Eu posso fazer quase tudo tão bem quanto eu podia antes de ter o problema da dor.	0	1	2	3	4
27. Se eu não fizer exercícios regularmente o problema da minha dor continuará a piorar.	0	1	2	3	4
28. O exercício pode diminuir a intensidade da dor que eu sinto.	0	1	2	3	4
29. Estou convencido de que não há procedimento médico que ajude a minha dor.	0	1	2	3	4
30. A dor que sinto impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

$$5 + 27 + 28$$

$$\text{total} = 80$$

Obrigado pela sua colaboração.

Nome:

processo nº: 22000776; Idade: 49

Instruções:

A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor, **leia cada questão**, cuidadosamente, e **assinale aquela que no último mês** a tem preocupado ou dado cuidado. Não há respostas certas, nem erradas ou respostas para dar boa impressão, são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Em que medida sofreu das seguintes queixas

0 1 2 3 4
Nnc Pco Mod Btte Smp

1. Dores de cabeça *moderado*
2. Nervosismo ou tensão interior *Bastante*
3. Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz *sempre*
4. Desmaio ou tonturas *moderado*
5. Diminuição do interesse ou prazer *nunca*
6. Sentir-se criticado pelos outros *pouco*
7. Impressão de que outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus pensamentos *Bastante*
8. Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus pensamentos *3*
9. dificuldade em se lembrar das coisas passadas e recentes *moderada*
10. Bastante cuidado com o desleixo e falta de limpeza *nunca*
11. Aborrece-se ou irrita-se facilmente *nunca*
12. Dores sobre o coração ou no peito *pouco*
13. Medir na rua ou praças públicas *nunca*
14. Falta de forças ou lentidão *sempre*
15. Pensamento de acabar com a vida *poucos*
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem *nunca*
17. Tremer *sempre*
18. Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas *sempre*
19. Perder o apetite *nunca*
20. virem as lágrimas facilmente aos olhos *nunca*
21. Sentir-se tímido ou com falta de vontade com pessoas do sexo oposto *nunca*
22. Impressão de se sentir preso ou apanhado em falta *nunca*
23. Ter medo subitamente sem ter motivo em falta *nunca*
24. Impulsos de temperamentos que não se podem controlar *pouco*
25. Medo de sair de casa sozinha *nunca*
26. Acusa-se a si mesmo a propósito de certas coisas *nunca*
27. Dores no fundo das costas *sempre*
28. Dificuldades em fazer qualquer trabalho *sempre*
29. Sentir-se sozinho *nunca*
30. Sentir-se triste *moderado*
31. Ser muito pensativo, cismático, acerca de certas coisas *sempre*
32. Sem interesse por nada *nunca*
33. Sentir-se aterrorizado *nunca*
34. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos *nunca*
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos *nunca*
36. Sentir que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos *nunca*
37. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si *nunca*
38. Fazer tudo devagar de forma a ter a certeza que fica bem feito *moderado*
39. Palpitações ou batimento rápido do coração *nunca*
40. Vontade de vomitar ou mal estar estômago *nunca*
41. Sentir-se inferior aos outros *pouco*
42. Dores musculares *sempre*

43. A impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si *moderado*
44. Dificuldade em adormecer *moderado*
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz *pouco*
46. Dificuldade em tomar decisões *nunca*
47. Medo de Viajar de comboio ou autocarro *nunca*
48. Dificuldades em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar) *pouco*
49. Calafrios ou afrontamentos *pouco*
50. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo *nunca*
51. Sensação de vazio na cabeça *pouco*
52. Sensação de anestesia/formigueiro no corpo *sempre*
53. A impressão que se tem uma bola na garganta *Bastante*
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro *sempre nunca*
55. Dificuldade em se concentrar *nunca*
56. Falta de forças em partes do corpo *sempre "Barracos"*
57. Sentir-se em estado de tensão ou aflição *pouco*
58. Sentir "um peso" nos braços ou pernas *sempre*
59. Pensamentos sobre morte ou sobre o falecimento *nunca*
60. Vontade de comer de mais *moderado*
61. Não se sentir à vontade quando as pessoas o observam ou falam de si *nunca*
62. Ter pensamentos que não lhe pertencem *nunca*
63. Impulso de bater, ofender ou ferir alguém *nunca*
64. Acordar muito cedo de manhã *sempre*
65. Vontade de repetir certas acções, como por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar *nunca*
66. Sono agitado ou não repousante *Bastante*
67. Vontade de destruir ou partir coisas *nunca*
68. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm *nunca*
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas *nunca*
70. Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, assembleias, lojas, cinema, mercados, etc... *moderado*
71. Sentir que tudo o que faz é com esforço *sempre*
72. Ter ataques de pânico *nunca*
73. Não se sentir à vontade quando come ou bebe em local público *nunca*
74. Entra facilmente em discussões *nunca*
75. Sentir-se nervoso quando tem de ficar só *nunca*
76. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades *nunca*
77. Sentir-se só mesmo quando está com mais pessoas *moderado*
78. Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado *nunca*
79. Ter sentimentos de que não tem valor *nunca*
80. Ter pressentimentos de que algumas coisa lhe vai acontecer *moderado (inimigos, espasmo o pânico)*
81. Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas *nunca*
82. Medo de vir a desmaiar em frente a outras pessoas *moderado*
83. A impressão de que as outras pessoas se aproveitariam de si, se deixasse *Bastante*
84. Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito *moderado*
85. Sentimentos de que deveria ser castigados pelos seus pecados *nunca pouco*
86. Pensamentos u imagens de natureza assustadora *nunca*
87. A impressão de que alguma coisa grave se passa *moderado*
88. Grande dificuldades em sentir-se próximo de outra pessoa *nunca*
89. Sentimentos de culpa *nunca*
90. Impressão de que algumas coisa não regula bem na sua cabeça *nunca*

Somatização	Obs. comportamento	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiiedade	Raiva Hostilidade	Ansiiedade Fóbica	Ideação Paranoíde	Psicoticismo
1 = 2	3 = 4	6 = 1	5 = 0	2 = 3	11 = 0	3 = 4	8 = 3	7 = 3
4 = 2	9 = 2	21 = 0	14 = 4	17 = 24	24 = 1	13 = 0	18 = 4	16 = 0
12 = 1	10 = 0	34 = 0	15 = 2	23 = 0	63 = 0	17 = 4	43 = 2	35 = 0
27 = 4	28 = 4	36 = 0	20 = 0	33 = 0	67 = 0	50 = 0	68 = 0	62 = 0
40 = 0	38 = 2	37 = 0	22 = 0	39 = 0	74 = 0	70 = 3	76 = 0	77 = 2
42 = 4	45 = 1	41 = 1	26 = 0	57 = 1	81 = 0	75 = 0	83 = 3	84 = 2
48 = 2	46 = 0	61 = 0	29 = 0	72 = 0		82 = 3		85 = 1
49 = 2	51 = 1	69 = 0	30 = 3	78 = 0				87 = 2
52 = 4	55 = 0	73 = 0	31 = 4	80 = 2				88 = 0
53 = 3	65 = 0		32 = 0	86 = 0				90 = 0
56 = 4			54 = 0					
58 = 4			71 = 4					
			79 = 0					

Total

Cotação:

Totais

- 32 - somatiz.
- 14 - obs. comp.
- 2 - sensib. interp.
- 17 - depressão
- 10 - ansiedade
- 1 - raiva
- 14 - ansiedade fóbica
- 12 - ideação paranoide
- 10 - psicotismo

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____

Idade: 49 Estado Civil: casado

Profissão: psicóloga

Escolaridade: _____

Data de aplicação: 09-02-2016

Pontuação: 20

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

9.

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Actualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: 20

Classificação: depressão leve

Inventário de Ansiedade Traço-estado (IDATE)

Abaixo encontra um conjunto de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça um círculo num dos números que indicam como se sente neste momento. Não há respostas certas nem erradas. Dê a resposta que melhor parece descrever seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo.	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
3. Estou tenso.	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.	1	2	3	4
5. Sinto-me á vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir acontecer.	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.	1	2	3	4
10. Estou descansado.	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13. Estou inquieto.	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.	1	2	3	4
15. Estou descontraído.	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.	1	2	3	4
17. Estou preocupado.	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4
21. Sinto-me nervoso e inquieto.	1	2	3	4
22. Sinto-me satisfeito comigo próprio.	1	2	3	4
23. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.	1	2	3	4
28. Preocupo-me demais com coisas na realidade que não têm importância.	1	2	3	4
29. Sou feliz.	1	2	3	4
30. Tenho pensamentos que me perturbam.	1	2	3	4
31. Não tenho muita confiança em mim.	1	2	3	4
32. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
33. Tomo decisões com facilidade.	1	2	3	4
34. Muitas vezes sinto que não sou capaz.	1	2	3	4
35. Estou contente.	1	2	3	4
36. As vezes passam-me pensamentos pela	1	2	3	4

6 22 42 32

cabeça sem importância que me aborrecem.		X		
37. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.	1	2	3	(4)
38. Sou uma pessoa estável.	1	2	(3)	4
39. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.	1	2	3	(4)
40. Sinto-me bem.	1	2	3	(4)

então 20-29 não tem ansiedade
30-39 pouca
40-59 moderada
60-69 elevada

102

Obrigado pela sua colaboração.

WHOQOL-BREF

O questionário é constituído por duas partes: a primeira consiste na caracterização da amostra e a segunda parte é constituída pelo WHOQOL-Bref, questionário criado pelo WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life group) versão para Portugal (Canavarro et al., 2006, citado por Barateiro, 2013).

Informa-se que o questionário é anónimo, pelo que em nenhuma das páginas deverá fazer qualquer alusão à sua identidade, garantindo desde já que todos os dados obtidos são confidenciais.

Instruções:

1. A veracidade das suas respostas é fundamental;
2. O tempo de preenchimento é de aproximadamente 15 minutos;
3. Leia atentamente as instruções que se encontram no início de cada uma das partes constituintes do questionário;
4. Tanto quanto possível, não deixe questões por responder;

Parte I – Caracterização da amostra

1. Idade: ____ anos;
2. Género: Feminino Masculino __
3. Tem filhos? Sim Não __
4. Estado civil: Solteiro(a) __ Casado(a)/União de facto Viúvo(a) __ Divorciado(a) __
5. É reformado(a)? Sim __ Não __

Parte II- WHOQOL Bref

Responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza de que resposta dar em alguma, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Como já foi referido não há respostas certas ou erradas. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Assinale com uma cruz (X) o número que melhor corresponde à sua resposta.

1	Como avalia a sua qualidade de vida.	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
		1	2	(3)	4	5

2	Até que ponto está satisfeito com sua saúde.	Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

Pretende-se agora saber, sobre o quanto você tem sentido algumas coisas, nas últimas duas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3. Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8. Em que medida sente segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem, são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

14.Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
15.Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade de se movimentar por si próprio)?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16.Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18.Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19.Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	1	2	3	4	5
20.Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21.Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23.Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24.Até que ponto	1	2	3	4	5

está satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?				X	
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza.	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração!

**Anexo G: Orientação psicológica, plano de intervenção e materiais utilizados
(caso clínico 1)**

Relatório Inicial de Avaliação e Orientação Psicológica

Dados de identificação		
Nome	████████████████████ casada; vive com o marido (52 anos) e um filho (23 anos).	
Data de nascimento	1966-07-26	Idade: 49 anos
Profissão	Costureira numa fábrica (corte-cose) desde os 14 anos de idade (ativa).	
Nº processo	22000776	Avaliação realizada entre: 12/01 e 09/02/2016

Motivo e proveniência do pedido
Pedido feito pelo serviço de consulta externa UG-C EXT. II Dor para observação e orientação, por nunca ter recebido convocatória.

História do problema
<p>História clínica: em 15-01-2002 episódio nas urgências (apendicite aguda) tendo sido sujeita a cirurgia; em 01/03/2002 doença do aparelho respiratório por sinusite; em 19/11/2007 amigdalite aguda; em 30/03/2008 infeções agudas das vias respiratórias superiores por sinusite; em 15/08/2010 vertigens periféricas; em 31-08-2012 o TAC revela sequela pós traumática fronto orbitária esquerda por acidente de viação; em 2013 iniciaram os sintomas de dor com falta de força física (tratamento em fisioterapia s/ melhorias); em 18-03-2013 é diagnosticada cervicálgia de grande intensidade, tendo sido encaminhada para consulta de dor; em 27-08-2013 inicia consulta de dor crónica; em 21/02/2014 quadro tendinopatia em estudo por ortopedia; em 05/05/2015 contusão nádega; em 03/09/2015 consulta de ortopedia neste hospital descrevendo queixas de cervicálgia e omálgia c/ tendinite da coifa á dta. Em 2016 o acompanhamento em consulta de dor crónica mantém-se.</p>

História Biopsicossocial
<p>Antecedentes psicossociais: esforço físico no trabalho; desentendimentos com os irmãos desde 2015 por estes não colaborarem com a irmã nos cuidados a ter com a mãe (91), que de momento se encontra no lar.</p> <p>Antecedentes pessoais patológicos: doença orgânica p/ dor (n soube especificar).</p> <p>Antecedentes familiares e sociais: não.</p> <p>Doenças psiquiátricas na família: não.</p> <p>Psicomotricidade: lentificação motora devido á dor nos braços e coluna.</p>

Funções psicofisiológicas: alterações do sono (insónias por preocupações familiares); apetite adequado, humor ansioso, funcionamento adaptativo funcional.

História/dinâmica familiar: dinâmica familiar c/ rede de suporte afetivo e emocional favorável; As queixas relatadas pela utente demonstram stress emocional/ansiedade por sobrecarga nos encargos familiares e financeiros, por falta de apoio emocional e financeiro por parte dos irmãos(a própria refere não expressar suas emoções mas no seu interior sente-se alterada SIC).

Duração e evolução da dor: crónica e recorrente

Localização: braços e coluna.

Factores desencadeantes ou agravantes da dor: stress e ansiedade (preocupações pessoais/familiares) e trabalho.

Factores de alívio: medicação (agravamento dos sintomas sem medicação).

Queixas físicas e dificuldades: apresenta queixas e alterações comportamentais (lentificação das tarefas, irritabilidade e agressividade);

Situações de ocorrência das dificuldades: da parte da manhã (formigueiro nas mãos) e cansaço físico significativo no final do dia.

Situação atual

Repercussões sobre a vida do paciente (vida profissional, familiar e quotidiana): limitações na vida diária nomeadamente no trabalho (dificuldades em fazer determinadas tarefas pesadas) e em casa (dificuldades em fazer a lida doméstica por sentir cansaço físico e fraqueza muscular).

Mecanismos compensatórios: ausência de mecanismos de compensação e estratégias de coping desadaptativas.

Medicação: palexia 100 (tratamento de dor crónica intensa em adultos); metanor 100 (tratamento de dor aguda); tridural 300 (tratamento de dor moderada a grave); turox 90 sos (redução da dor e inchaço (inflamação) nas articulações e músculos de pessoas com osteoartrose, artrite reumatoide, espondilite anquilosante e gota); domperidona (protetor gástrico).

Atribuição causal que o doente faz para a ocorrência das dificuldades: a sua profissão e conflitos familiares.

Procedimentos e Provas administradas/ Resultados

Foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação: aplicação do Questionário

de dor McGill para avaliar o nível e intensidade da dor inerente à doença; Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica-(**IAD-breve**) para avaliar estratégias de coping; a Escala de avaliação de sintomas (**SCL 90**) para obtenção de informações acerca dos sintomas psicológicos do indivíduo e para a definição de objetivos terapêuticos; o Inventário de depressão de Beck (**BDI**); Inventário de ansiedade traço-estado (**IDATE**); o **WHOQOL-bref** para avaliar a percepção do utente sobre aspetos relacionados com a sua saúde e de que forma interfere na sua QV.

Resultados: de acordo com a análise efetuada, o Questionário de Dor Macgill permite verificar que o grau de severidade e de interferência da dor na sua vida diária é moderado.

Da pontuação obtida no IAD-breve e tendo em conta os scores desejáveis para cada domínio é de salientar o domínio da medicação, que sugere o recurso frequente à medicação para alívio da dor, demonstrando que a doente acredita que os medicamentos são o melhor tratamento para a dor crónica. O domínio da solicitude sugere que a utente acredita que outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando sente dor. O dano físico sugere a presença de prejuízo/dor física, ou seja, a doente acredita que a dor significa que está a prejudicá-la a si mesmo e que deveria evitar exercícios (dor como indicativo de dano tecidual). O domínio da emoção sugere a presença de alterações ao nível emocional, referindo-se ao quanto a doente acredita que as suas emoções influem na sua experiência dolorosa - relação entre emoção e intensidade da dor.

Da pontuação obtida no SCL 90 é de destacar a pontuação obtida na somatização, o que reflete a percepção da utente acerca da sua disfunção corporal, em particular referentes às dores e desconforto da musculatura grossa, a pontuação obtida na depressão é sugestiva de distúrbio de humor e afectivo, a obsessão compulsão sugere a presença de pensamentos, impulsos e ações que são experienciados de forma repetitiva, e a ansiedade fóbica sugere sinais gerais tais como nervosismo, tensão, e manifestações de comportamentos fóbicos mais disruptivos e patogénicos. A ideação paranoide apresenta uma pontuação ligeiramente acima da normatividade, o que sugere a presença de características do pensamento projetivo, hostilidade, suspeição (eg. Cisma, desconfiança), grandiosidade, centralidade, medo de perder autonomia e desilusão.

A pontuação obtida no BDI indica um nível de depressão leve; e a pontuação obtida no IDATE indica um nível de ansiedade significativamente elevado;

Relativamente à pontuação obtida no WHOQOL-Bref, é de salientar a presença duma pontuação significativamente elevada nos domínios psicológico e meio ambiente, seguindo-se o domínio físico e as relações sociais.

Na sua globalidade, a pontuação obtida sugere o estado emocional da utente como sendo a principal causa dos seus problemas. Verifica-se uma tendência clinicamente significativa para a somatização c/ claras dificuldades de controlo e gestão emocional, e uma sintomatologia ansiosa significativamente elevada.

Hipótese de diagnóstico

Transtorno de sintomas somáticos 300.82 (F45.1) c/ dor predominante moderada (DSM V) por apresentar pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações excessivas c/ a saúde.

Objetivos e plano de intervenção

Relatório final

Plano: foi feita uma intervenção individual com 7 sessões psico educativas para explicar que mecanismos influenciam a dor sentida, as características e particularidades da dor crónica, os tratamentos e suas limitações; e intervir sobre os fatores desencadeadores/agravantes da dor e gestão da dor nomeadamente no controlo e gestão do stress e dos pensamentos negativos.

Data 1ª sessão : 08/03/2016

Objectivo geral: psicoeducação

Objectivos específicos:

- exploração de acontecimentos significativos;
- Promoção da expressão e validação emocional;
- Fornecimento de informação sobre dor e depressão/ansiedade reactiva á dor;
- Promoção da aquisição e desenvolvimento de saberes e competências sobre vários aspetos da doença;
- Consciencialização do paciente sobre formas de confronto da doença;

Material: guia informativo sobre dor crónica, depressão e ansiedade.

Estado mental: a utente apresentou-se sozinha em consulta c/ vestuário apropriado e apresentação cuidada para a sua idade; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor ansioso/depressivo; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão à terapêutica: os objectivos foram concretizados c/ sucesso e no decorrer da consulta a utente demonstrou motivação.

Data da 2ª sessão: 22/03/2016

Objectivo geral: relaxamento

Objectivos específicos:

- exploração de acontecimentos significativos;
- Promover a expressão e validação emocional;
- Aliviar tensões musculares, tranquilizar a mente e ativar a imaginação;
- Treino de relaxamento progressivo de Jacobson e respiração diafragmática (eg. guia informativo e prático).
- Dar a conhecer o relaxamento, como uma estratégia alternativa à concentração excessiva na dor;

Material: Treino de relaxamento progressivo de Jacobson e respiração diafragmática.

Estado mental: a utente apresentou-se sozinha em consulta c/ vestuário apropriado e

apresentação cuidada para a sua idade; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor eutímico; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão à terapêutica: no decorrer da consulta a utente demonstrou uma atitude cooperante e motivadora, apresentando melhorias clinicamente significativas desde que lhe foi feito o reajuste da medicação. Os objectivos foram alcançados tendo sido sugerido o treino diário dos exercícios expostos no guia p/ melhoria do seu bem estar físico e emocional, assim como a prática regular de uma atividade física. Este treino tem como objectivos o alívio das tensões musculares e da dor, e o relaxamento psico emocional.

Data 3ª sessão: 05/04/2016

Objectivo geral:

- exploração de acontecimentos significativos;
- Promoção da expressão e validação emocional;
- Promoção de estratégias de coping adaptativo p/ a dor e resolução de problemas;

Objectivos específicos:

- Fomentar a tomada de consciência da importância de encontrar estratégias ativas para lidar com as dificuldades;
- listar as soluções e estratégias a implementar no dia a dia;
- Refletir sobre a necessidade de envolver a família, os amigos e incluir no dia-a-dia atividades prazerosas.

Material: listar as soluções e estratégias a implementar no dia a dia (mecanismos compensatórios)

Estado mental: a utente apresentou-se sozinha em consulta c/ vestuário apropriado e apresentação cuidada para a sua idade; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor eutímico; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão à terapêutica: no decurso da consulta a utente demonstrou uma atitude cooperante referindo que tem praticado o treino de relaxamento esporadicamente. Os objectivos propostos foram concretizados tendo a utente demonstrado motivação e força de vontade p/ sentir melhorias.

Data 4ª sessão: 12/04/2016

Objectivo geral:

- exploração de acontecimentos significativos;
- Promoção da expressão e validação emocional;
- Estratégias de coping adaptativo centrado nas cognições, emoções e comportamentos.

Objectivos específicos:

- identificar pensamentos automáticos

- Promover cognições e comportamentos alternativos;
- Promover a consciencialização da importância de mudar pensamentos ou sentimentos negativos;
- Fomentar a tomada de consciência da importância de encontrar estratégias ativas para lidar com as dificuldades;

Material: registo em 3 colunas dos pensamentos automáticos; registo em 5 colunas;

Resumo e adesão à terapêutica: a utente refere fazer a sua rotina diária com dificuldades devido á dor crónica, não apresentando mecanismos de coping adaptativos. Esta recorre somente á medicação p/ controlo da dor. Os objetivos foram alcançados c/ sucesso pelo que, em consulta, a utente solicitou auxílio no registo das respetivas colunas. Demonstrou compreensão e capacidade para identificar, avaliar e descrever cada elemento, sendo proposto dar continuidade ao registo diário em casa para discussão e avaliação na sessão subsequente. Deste modo, a utente torna-se responsável pela adoção de estratégias/comportamentos adequados através da auto consciência, auto percepção e auto controle e gestão da sua vida diária, por forma a saber lidar positivamente c/ a dor e as situações de stress/ansiedade que possam agravar a sintomatologia dolorosa.

Data 5ª sessão: 03/05/2016

Objectivo geral:

- exploração de acontecimentos significativos;
- Promoção da expressão e validação emocional;
- Estratégias de coping adaptativo centrado nas cognições.

Objectivos específicos:

- identificar sistema de crenças gerais;
- aprender a definir pensamentos e comportamentos alternativos
- conhecer as principais distorções cognitivas;
- corrigir distorções cognitivas;
- adquirir modos racionais de confronto com os sintomas, acontecimentos ou procedimentos penosos, desagradáveis, ou que produzam ansiedade/stress;

Material: registo das distorções cognitivas frequentes; registo das crenças em colunas; Comparar uma lista das distorções de pensamento com o padrão habitual de pensamentos.

Estado mental: a utente apresentou-se sozinha em consulta c/ vestuário apropriado e apresentação cuidada para a sua idade; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor eutímico; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão à terapêutica: A adesão á terapêutica tem sido esporádica pelo que a utente não tem feito diariamente o registo das colunas propostas na sessão anterior, no entanto, refere colocar em prática as orientações estratégicas facultadas. Apesar da dor crónica, a mesma refere fazer a sua rotina dentro das suas possibilidades e procura distrair-se ao fim semana com a família e amigos. Os objetivos desta consulta foram alcançados, tendo a utente solicitado apoio no registo das suas crenças.

Data 6ª sessão: 10/05/2016

Objectivo geral:

- exploração de acontecimentos significativos;
- Promoção da expressão e validação emocional;
- assertividade.

Objectivos específicos:

- rever conceitos e habilidades aprendidas;
- feedback sobre os aspetos mais importantes da terapia;

Material: feedback terapeuta-utente

Estado mental: a utente apresentou-se sozinha em consulta c/ vestuário apropriado e apresentação cuidada para a sua idade; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor eutímico; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão à terapêutica: em consulta procedeu-se à revisão de conceitos e habilidades aprendidas, nomeadamente ao nível da identificação das dificuldades sentidas, das emoções e pensamentos subjacentes às mesmas, e dos comportamentos adaptativos adotados mediante essas dificuldades. Posteriormente foram discutidos os aspetos mais importantes da terapia, salientando, deste modo, a importância de manter um pensamento positivo face às limitações físicas provocadas pela dor, a importância da prática de relaxamento e da respiração diafragmática p/ gestão e controlo da ansiedade, e por conseguinte, dar continuidade à adoção de comportamentos ajustados por forma a melhorar o seu bem estar e reduzir a dor. A utente foi congruente, mantendo um discurso positivo e demonstrou compreensão relativamente aos conteúdos abordados e trabalhados nas sessões anteriores. De momento, encontra-se mais voltada p/ a sua família nuclear, procurando abstrair-se de aspetos menos positivos p/ a sua vida (eg. conflitos c/ irmãos) e procurando amenizar a dor crónica através de estratégias comportamentais.

Data 7ª sessão: 17/05/2016

Objetivo geral:

- exploração de acontecimentos significativos;
- Promoção da expressão e validação emocional;
- encerramento do processo.

Objetivos específicos:

- Reflexão acerca das principais aprendizagens em relação à doença e formas de lidar com ela, contornando as dificuldades inerentes à mesma;

Material: diálogo terapeuta-utente.

Estado mental: a utente apresentou-se sozinha em consulta c/ vestuário apropriado e apresentação cuidada para a sua idade; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/

alterações na orientação espaço-visual; humor Eutímio; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão à terapêutica: Apesar da utente efetuar os exercícios propostos de forma esporádica, esta refere que a prática da psicologia em pacientes com dor crónica é benéfica, uma vez que lhe permite adotar estratégias adaptativas p/ lidar com as dificuldades sentidas com a dor. A mesma apresenta satisfação no que diz respeito á prestação da psicóloga.

Orientação: encerramento do processo c/ alta c/ melhorias pouco significativas.

HSO, 19 de Maio de 2016

Orientadora do HSO

(Dra Gerly Macedo)

Estagiária

(Dra Sofia Gonçalves)

GUIA INFORMATIVO DA DOR CRÓNICA



Objetivos: identificar e definir dor crónica; identificar os tipos de dor crónica, os fatores psicológicos na dor crónica e o impacto psicossocial na vida de uma pessoa com dor crónica (repercussões).

1. Definição de dor

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (APED, s/ data). Isto significa que a dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial; não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objectivamente a dor; não existe relação directa entre a causa e a dor; a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento; por vezes existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem (APED, s/ data).

De acordo com a Direção Geral de Saúde – DGS (2013) a dor é uma percepção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nómico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a percepção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo (DGS, 2013).

2. Caracterização e classificação da dor

A dor crónica pode ser classificada, dependendo da patologia, como oncológica ou não oncológica, e dependendo da fisiopatologia, dores orgânicas ou emocionais (Ferrándiz & Catalá, 2003, citado por Matos, 2012). É o resultado da interação complexa e dinâmica de

sensações, cognições, emoções e comportamentos (Turk & Wilson, 2010, citado por Matos, 2012).

Segundo o mesmo autor, há fatores que promovem o aparecimento da dor tais como o luto patológico, abuso de drogas, distúrbios de personalidade, desajuste profissional, problemas conjugais, história clínica de lesões, entre outras.

A dor pode ser classificada de diversas formas a saber (DGS, 2005):

Classificação topográfica da dor

- Focal (localizada)
- Radicular (tipo de dor que vem da compressão ou irritação dos nervos)
- Referida (termo genérico que se refere a dores cuja origem é distante da região que provoca a dor)
- Central (dor provocada por uma lesão)

Classificação fisiopatológica da dor

- Dor nociceptiva – devida a uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso central íntegro
- Dor sem lesão tecidual ativa – devida a compromisso neurológico (dor neuropática) ou de origem psicossocial (dor psicogénica)

Classificação temporal da dor

- Aguda (surge repentinamente e tem uma duração limitada)
- Crónica (a dor é recorrente)
- Recidivante (dor repetitiva)

3. Princípios da avaliação e controlo da dor

Segundo o Plano Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2013) os princípios orientadores da avaliação e controlo da dor são:

a) Subjetividade da dor - No estado atual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;

b) Dor como 5º sinal vital - A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde, conforme dispõe a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde N° 09/DGCG, de 14/06/2003.

c) Direito ao controlo da dor - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;

d) Dever do controlo da dor - Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica;

e) Tratamento diferenciado da dor - O controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização.

4. Fatores psicológicos na Dor Crónica

A dor afeta geralmente o corpo, mas também é influenciada por fatores psicológicos e perturba sempre a consciência humana.

A *Associação Internacional para o Estudo da Dor* (IASP, 2010) definiu a dor como «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.

A dor é frequentemente acompanhada de emoções fortes. É percebida, não apenas como uma sensação descrita por palavras como queimante, compressiva, penetrante ou cortante, mas também como uma experiência emocional (afetiva), traduzida com recurso a vocábulos como agonizante, cruel, terrível e excruciante. A associação entre a dor e a sua conotação emocional negativa é evolutiva.

A intervenção psicológica tem um papel bem estabelecido na terapêutica da dor. Constitui uma componente integrativa dos cuidados ao paciente e tem sido usada, com sucesso, em várias perturbações somáticas. Pode configurar-se como uma alternativa ou como um complemento aos procedimentos médicos e cirúrgicos. Os doentes com dor crónica beneficiam, geralmente, com esta abordagem porque os fatores psicossociais desempenham um papel fundamental na cronicidade da dor e são decisivos na reabilitação para o trabalho.

Aceitação não significa resignação, mas permite:

- Não desistir da luta contra a dor,
- A confrontação realista da dor e
- O interesse em atividades diárias positivas

Sintomatologia ansiosa e dor crónica

A ansiedade constitui uma manifestação da atividade emocional ou afetiva em que predominam sentimentos desagradáveis tais como: mal-estar, apreensão, preocupação excessiva, expectativa e inquietude (Matos, 2012). Ela surge como expressão de medo patológico e representa um sinal de alarme ou defesa (Matos, 2012).

A ansiedade é uma emoção normal e frequente na psicossomática, tornando-se patológica quando ocorre em simultâneo com outra perturbação (eg. Depressão) ou quando os sintomas e comportamentos ansiosos são frequentes e incapacitantes (Cordeiro, 2002, citado por Matos, 2012).

A experiência de medo repetitiva pode provocar ansiedade antecipatória contribuindo para o desenvolvimento de dor crónica, em que a ansiedade pode ser representada por uma resposta emocional negativa acompanhada por reações fisiológicas, em que níveis mais elevados de ansiedade têm estado associados ao aumento da intensidade da dor, da percepção da dor, das queixas relacionadas com a mesma e da experiência dolorosa (Matos, 2012).

Sintomas que ocorrem na presença de ansiedade na dor crónica (Matos, 2012)

- Pensamentos recorrentes de medo da dor e suas consequências;
- Distorções cognitivas (eg, maximização da probabilidade de ocorrência de um acontecimento negativo; sensação de impotência sobre a dor – catastrofização);
- Sintomas somáticos;
- Evitamento da experiência dolorosa;
- Amplificação do estímulo doloroso.

A ansiedade é um componente básico da condição humana. É uma resposta adaptativa de proteção, que tem como objetivos alertar sobre possíveis perigos e preparar uma possível resposta face a esse perigo.

Contudo, por vezes a resposta de ansiedade não são adaptativas e disparam de forma descontrolada, sendo causa de sofrimento para quem as vivencia.

Entre as perturbações da ansiedade mais comuns encontram-se:

- Perturbação de pânico;
- Fobias específicas;
- Fobia social;
- Perturbação obsessivo-compulsiva;
- Perturbação de ansiedade generalizada.

Sugestões para prevenir a ansiedade

- Faça exercícios físicos regulares;
- Reduza o consumo de bebidas alcoólicas ou com cafeína;
- Separe um período do dia e relaxe. Respire profundamente e/ou faça algo que lhe dê prazer. Os 10 ou 20 minutos dedicados a isso diminuirão os níveis de ansiedade de forma muito eficiente e rápida;
- Procure reconhecer as situações que fazem aumentar o nível de ansiedade para poder identificar e lidar com as questões;
- Mantenha um diário de ansiedade e procure anotar o sentimento ou pensamento que existia assim que começava a sentir sintomas de ansiedade;
- Respire dentro de um saco de papel se começar a sentir a respiração mais acelerada. Isso ajuda a aliviar a tontura derivada da ansiedade.

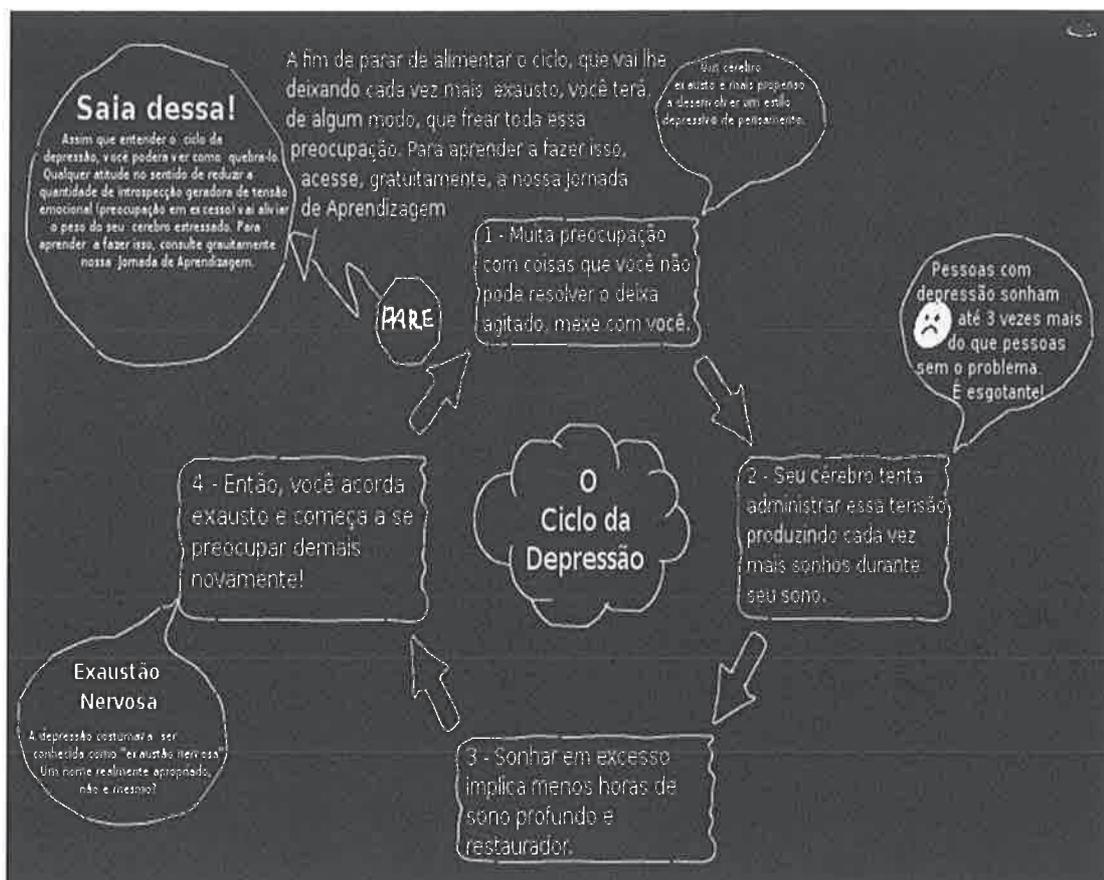
Sintomatologia depressiva e dor crónica

Segundo Matos (2012) na depressão o sintoma de tristeza é o mais predominante, que pode variar de intensidade (leva a grave), sendo frequentes sintomas psíquicos tais como desinteresse, despersonalização, ansiedade e ideias de suicídio, e sintomas somáticos tais como dores, agitação, insónia, cefaleias, fadiga, alteração do apetite, manifestações dermatológicas ect.

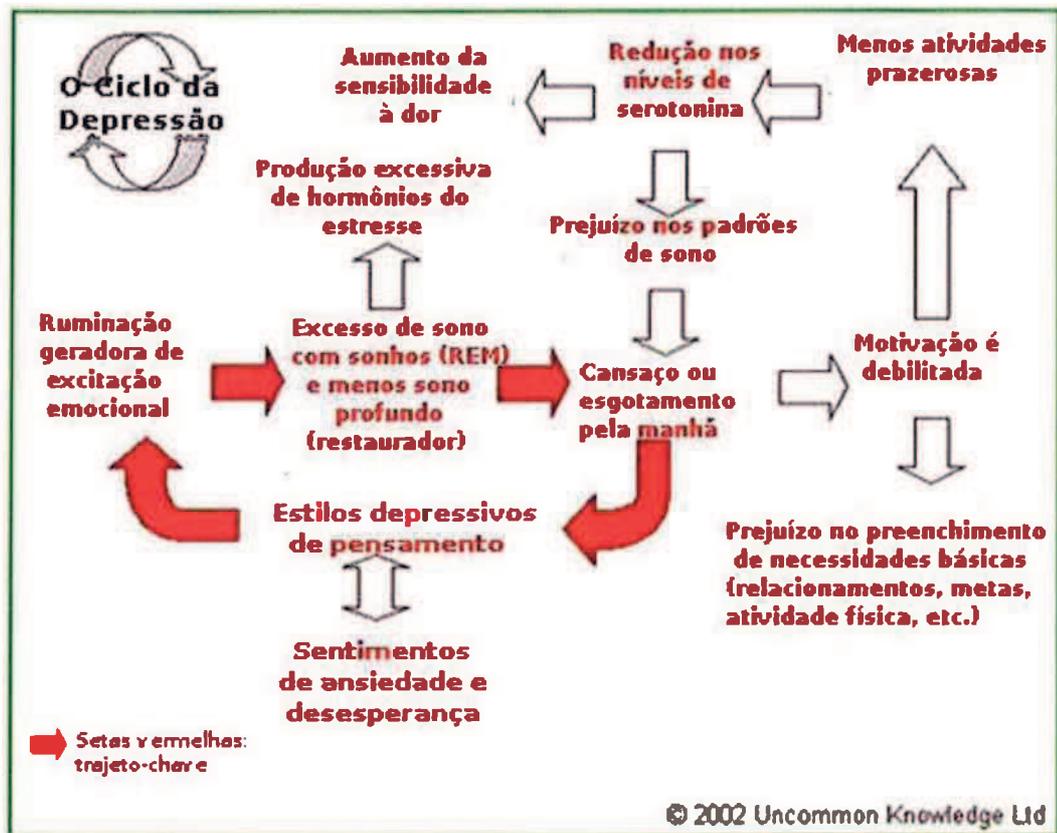
De acordo com Matos (2012) a depressão em conjunto com um quadro de dor crónica pode anular a estrutura existencial do individuo, diminuindo a sua qualidade de vida. Quando a depressão e a dor crónica subsistem mutuamente facilitam a probabilidade da pessoa:

- Ter desinteresse pelo mundo exterior,
- Ter mais sensibilidade,
- Isolamento social,
- Dificuldade em aceitar as alterações corporais,
- Dificuldade na realização de atividades,
- Pensamentos pessimistas e autodestrutivos,
- Auto conceito negativo,
- Diminuição da auto confiança.

Na prática como funciona a depressão?



Adaptado de Stuart (s/d.)



Adaptado de Stuart (s/d.)

Bibliografia

APED – Associação Portuguesa para o Estudo de Dor (s/data). Consultado em 18-01-2016 em <http://www.aped-dor.org/>.

Direção Geral de Saúde – DGS (2013). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCdor). Consultado em 18-01-2016 em http://www.apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf

IASP- International Association for the Study of Pain (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos com poucos recursos*. IASP Press.

Matos, A. (2012). *Ansiedade, depressão e coping na dor crónica*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Introdução

Muitas das vezes a dor que uma pessoa sente agrava-se ou é provocada pela tensão física e emocional, como tal, o relaxamento pode ajudá-la. Pode diminuir o desconforto de seus sintomas e reduzir o tempo e a frequência com que ocorrem.

Com a prática regular de relaxamento, os seus sintomas de dor tendem a diminuir. O relaxamento é uma habilidade e você tem que aprender. E para ser bom no que faz, você tem que praticar com frequência. Relaxar exige a prática diária em todos os tipos de situações. Para obter o máximo de relaxamento, você deve praticar, não só quando você se sente mal, mas também quando você se sentir bem.

Objectivos:

- Redução da dor e tensão muscular;
- Redução do stress/ansiedade;
- Promoção do bem estar físico e emocional

1. **Aprenda a tornar-se mais profundamente relaxado.**
2. **Aprenda a tornar-se relaxado rapidamente, diminuindo logo a sua tensão.**
3. **Relaxe por períodos suficientemente longos.**
4. **Relaxe com frequência suficiente.**
5. **Relaxe nos momentos necessários e em situações apropriadas.**
6. **Aumente a sua consciência de tensão excessiva e desnecessária.**
7. **Evite a tensão excessiva prolongada ou desnecessária.**

Tipos de relaxamento

1) **O relaxamento prolongado** dura 15 a 30 minutos. Eles devem ser feitos pelo menos uma vez por dia, de preferência duas vezes por dia, durante várias semanas. As sessões de relaxamento prolongado devem ser feitas em posição deitada em uma cama firme ou chão acolchoado, ou sentado em uma cadeira confortável. Uma poltrona reclinável é boa no começo, mas em algum ponto um deve aprender a relaxar em qualquer cadeira e até mesmo em pé. Em sua primeira sessão, todas as partes do seu corpo (por exemplo, cabeça, braços, pés, etc.) devem ser apoiadas. A roupa deve ser solta e confortável. Sapatos, óculos e lentes de contato devem ser removidos. Fique confortável e preparado antes do início da gravação. Diminua a iluminação. Depois, você pode aprender a relaxar sem a fita e sem outras condições especiais. Essas sessões devem ser feitas num momento em que você não seja interrompido.

Relaxamento breve significa parar as suas atividades para relaxar o mais profundamente possível em 2 a 10 minutos. Você pode fazer isso em praticamente qualquer lugar ou posição que você estiver. O relaxamento breve deve ser feito várias vezes ao dia, nas mais diversas situações da vida diária: sentado em sua mesa, em uma parada de ônibus, andando em um carro, à espera em linha telefônica, etc. Podem ser feitas com os olhos abertos ou fechados. O objetivo

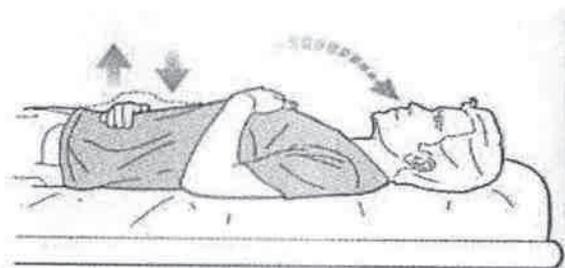
é relaxar profundamente a maioria de seus músculos (exceto aqueles que são necessários no momento), apesar do ruído e da ação em torno de você. Você deve limpar sua mente de pensamentos stressantes, centrando-se em imagens relaxantes e sensações de seu corpo. Isto só é possível com a paciência e prática frequente.

Mini relaxamentos são muito breves - de alguns segundos a poucos minutos. Podem ser feitas enquanto você está trabalhando, conversando, comendo, dirigindo, etc. O objetivo do mini relaxamento é relaxar os músculos não necessários para o que você estiver fazendo no momento.

Treino de relaxamento progressivo de Jacobson (Rangé, 2005)



Posicione-se da maneira mais confortável possível. Respire fundo, retenha o ar por poucos segundos e expire suavemente, sentindo a calma começando a se expandir. Continue a respirar suavemente, concentrando-se no peso do seu corpo, deitado de forma bem relaxada/solta.



Agora contraia os braços (punhos, antebraços e braços), como se você estivesse a segurar algo muito pesado. Sinta a tensão em todos os músculos dos braços. Agora solte-os! Solte bem os dois braços. Repare as diferenças entre o momento anterior, de contração, para agora, com os braços soltos e relaxados. Repita isso 3 vezes, variando o grau de tensão em cada vez. Repare onde você tende a contrair mais os braços e solte-os, especialmente nessas regiões. Depois, deixe os braços bem soltinhos, procurando sentir o peso de cada braço e aumentando cada vez mais a sensação de relaxamento. Quanto mais você repete o processo de contração e relaxamento, mais relaxado o braço fica e, com isso, mais pesado também. Repita para você mesmo algumas vezes “Sendo os meus braços cada vez mais pesados, pesados; estou sentindo meus braços cada vez mais soltos, relaxados e pesados”. Deixe os braços bem soltos, relaxados e pesados, e não os movimente mais.



Agora faça o mesmo com as pernas. Contraia as coxas, sentindo-as ficarem duras na parte superior. Contraia as batatas das pernas, trazendo as

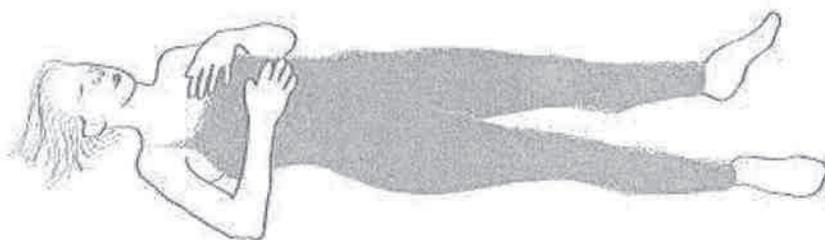
pontas dos pés para trás, na direção das coxas. Sinta toda a tensão de suas pernas. Localize onde sente a tensão e perceba como suas pernas ficam quando estão tensas e duras. Agora relaxe! Solte todos os músculos das pernas. Compare a diferença entre este momento e o anterior. Veja como é agradável ter as pernas soltas e relaxadas. Abra os pés o máximo possível para fora e sinta os músculos internos das coxas. Solte-os e sinta as pernas totalmente soltas, pesadas, com os pés caídos para os lados. Repita contrações e relaxamentos com tensões variáveis até finalmente soltar tudo e deixar as pernas bem pesadas. Procure aumentar a sensação de peso soltando cada vez mais. Repita para você mesmo algumas vezes: “Sendo minhas pernas cada vez mais pesadas; estou sentindo minhas pernas cada vez mais soltas, relaxadas... pesadas... pesadas...” (Não as movimente mais.)

Levante os ombros, como se tentasse encostá-los nas orelhas. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte-os. Compare a diferença. Movimente-os para trás, abrindo o peito. Sinta a tensão e perceba onde ela se localiza. Faça o mesmo para a frente. Solte os ombros completamente e deixe-os ficarem bem pesados e confortáveis.



Movimente agora a sua cabeça para o lado direito e sinta a tensão que se produz e onde se localiza. Faça o mesmo para o lado esquerdo. Depois faça para trás. Depois levante-a um pouco e sinta a tensão e onde ela se produz. Solte a cabeça e o pescoço, deixando-a cair pesadamente sobre o travesseiro.

Passemos a contrair o abdômen deixando-o bem duro. Sinta como fica e solte-o. Perceba a diferença entre os dois momentos. Agora, contraia-o para fora, estufando a barriga. Sinta como ele fica e relaxe, percebendo a diferença entre os dois momentos. Encolha a barriga para o fundo, como se tentasse encostá-la nas costas. Sinta a tensão, como ela é e onde se localiza. Solte e relaxe totalmente a barriga. Deixe-a movimentar-se apenas pela respiração suave e superficial. Solte os músculos do tórax, deixando os ombros caírem pesados. Concentre-se na sua respiração e deixe-a ficar bem suave, calma e tranquila. Repita para si mesmo 10 vezes: “estou sentindo minha respiração cada vez mais calma e tranquila; estou sentindo meu corpo cada vez mais calmo e tranquilo, pesado... pesado...”.



Agora contraia a sua testa como se você quisesse olhar para cima da sua cabeça sem movimentá-la. Ela vai ficar toda enrugada, como quando a gente fica espantado. Perceba onde se localiza a tensão. Solte a sua testa e couro cabeludo e perceba a diferença entre os dois momentos. Franza o cenho, encostando uma sobrancelha na outra. Sinta onde localiza esta tensão. Solte e relaxe a sua testa, completamente. Deixe-a ficar solta e relaxada.

Feche seus olhos e contraia suas pálpebras com força. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte. Deixe-as apenas caírem sobre os olhos. Movimente agora os seus olhos, sem abri-los, para a direita e para a esquerda, para cima e para baixo. Sinta a tensão que se produz. Agora deixe-os soltos. Perceba a diferença entre tensão e relaxamento nos olhos e

pálpebras e deixe ambos ficarem bem relaxados. Deixe suas pálpebras ficarem bem pesadas, pesadas, caindo pesadamente sobre os olhos e estes soltos, bem soltos.

Contraia seus lábios, mandíbulas, língua e boca. Sinta a tensão que se produz na parte de baixo de sua face. Solte tudo. Deixe seu queixo cair e a boca ficar entreaberta. Sinta como sua face está cada vez mais relaxada: sua testa está solta, seus olhos e pálpebras estão pesados, seus lábios estão soltos, sua boca está entreaberta e pesada, pois seu queixo está caído.



Continue a respirar suavemente. Repare como sua respiração está calma e tranquila, sua face está solta e relaxada, seu corpo está pesado... pesado... Repita para você mesmo 10 vezes: “sinto meu corpo cada vez mais relaxado, calmo e tranquilo, pesado... pesado”. Sinta o seu corpo todo relaxado e pesado. Sinta como é agradável ter o corpo todo relaxado. Repita para você mesmo 10 vezes: “estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado... calmo... tranquilo... pesado... pesado... calmo... tranquilo... pesado, pesado...”.

Imagine uma situação muito calma, tranquila: pode ser você deitado em uma praia deserta, na sombra, com uma pequena brisa roçando seu corpo; ou numa relva no campo; enfim, aquela situação em que você ficaria o mais relaxado possível, calmo... tranquilo... pesado... pesado... Observe como o seu corpo está verdadeiramente muito pesado. Sinta a resistência da cama ou sofá onde você está deitado. Deixe-se ficar assim por um minuto, sentindo o gozo de estar totalmente relaxado.



Quando tiver cansado de estar relaxado, comece a movimentar suavemente os dedos das mãos, dos pés, os braços e pernas, depois abra os olhos e comece a se espreguiçar bem devagar, dizendo mentalmente a fórmula: “Cinco, quatro...três...dois...um. Sinto-me bem, calmo e tranquilo”, até finalmente se levantar (Rangé, 2005).

Bibliografia

Fiuza, R. (2011). Terapia cognitivo comportamental nas cefaleias crônicas. Instituto de psiquiatria – Hospital das clínicas da faculdade de medicina. Universidade de S. Paulo. USP.

CONSULTAR: https://www.youtube.com/watch?v=IHjqig_ctv4

RELAXAMENTO IMAGÉTICO

Introdução: Estes exercícios podem ser aprendidos muito rapidamente, mas é necessário alguma prática para ser efectivo. Deverá praticar pelo menos 2 vezes ao dia por 10 minutos. Idealmente, deve ser feito em um quarto de temperatura amena e ambiente tranquilo, na cama ou em um sofá ou cadeira com apoio para a cabeça. Será útil ter alguém que nos leia as instruções enquanto as fazemos, pelo menos inicialmente.

Objectivos: promoção do bem estar e redução do stress/ansiedade permitindo o relaxamento profundo.

São 3 os elementos desta técnica, respiração, músculos e imaginação.

Respiração:

1. Primeiro feche os olhos para não se distrair facilmente e se necessário use 'ear-plugs' no caso de existir ruído.
2. Inspire pelo nariz e expire pela boca
3. Vagarosamente conte até 5 enquanto inspira, "1 e 2 e 3 e 4 e 5". Repita isto enquanto expira. Ajuda a regular e abranda o ritmo respiratório. Assim que o ritmo respiratório se tornar calmo e sereno avance para a próxima fase.

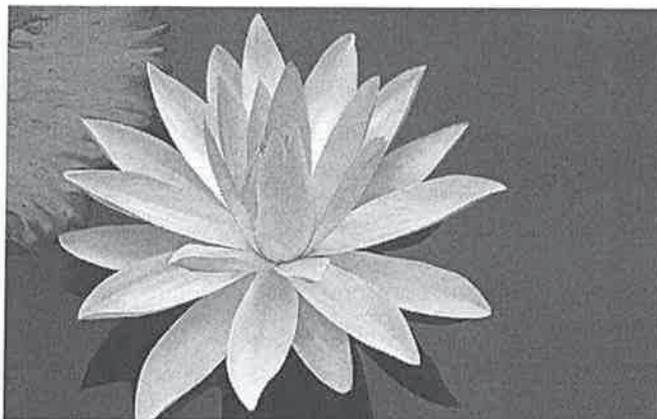
Músculos: Para ajudar a concentrar-se em como se sentem os músculos, devemos fazê-lo por áreas.

1. Começando pelos pés, concentre-se em como eles se sentem. Deixe-os relaxar, imagine que não os consegue mover por serem muito pesados. Sinta o peso e o conforto repetindo "pesado e confortável".
2. Fazer o mesmo com as pernas, as coxas, subindo para as ancas, barriga, costas, mãos, braços, pescoço e finalmente a face.
3. Concentre-se em cada área do corpo à vez. Após a face concentre-se no corpo todo, como se sente pesado e confortável e a tensão vai desaparecendo.

Imaginação: Deverá estar agora, deitado(a) ou sentado(a) com os olhos fechados, respiração lenta e regular e apreciando o conforto e peso do seu corpo. Agora vamos afastar as ansiedades e preocupações da mente de uma destas maneiras:

1. Imagine uma flor branca num fundo preto. Repare em cada pormenor dessa flor, cada pétala, o seu contorno... Imagine o seu cheiro. Se a mente começar a divagar, traga-a de volta à flor.
2. Relembre um momento da sua vida que associe com alegria, tranquilidade, paz e conforto. Deverá ser uma memória específica como estando deitado(a) na areia da praia,

em férias, a gozar o sol e descanso. Imagine-se de volta a esse momento. Procure sentir novamente essa sensação, o conforto, a descontração, sem nenhuma preocupação de nada que se passe no mundo ou na sua vida.



Terminar: Quando se sentir suficientemente relaxado(a) e tranquilo(a), abra os olhos e alongue os músculos do corpo. Deverá sentir-se agora bem mais calmo(a) e relaxado(a). Se a tensão voltar, deverá repetir esta técnica desde o início.

Distinguir Situações, Emoções e Pensamentos.

Esta folha é um exercício para ajudar a distinguir melhor os pensamentos, as emoções (estados de humor) e as situações. Coloque uma cruz numa das colunas que considere ser pensamento, emoção ou situação.

	↓ Situação	↓ Emoção	↓ Pensamento
1.Nervoso.	x	x	
2.Em casa.			x
3.Não vou conseguir fazer isso.		x	
4.Triste.	<i>afunado</i>		
5.Falando com um amigo ao telefone.			
6.Irritado			
7.Dirigindo meu carro.			
8.Eu sempre vou me sentir assim. —			
9.No trabalho.			
10.Estou enlouquecendo.			
11.Bravo.			
12.Eu não presto.	x		x
13.4:00 da manhã.			
14.Algo terrível vai acontecer.			
15.As coisas nunca dão certo.			
16.Desanimado.			
17.Eu não vou superar isso.			
18.Sentado em um restaurante.			
19.Estou fora de controle.			
20.Sou um fracasso.			
21.Falando ao telefone com minha mãe.			
22.Ela está sendo injusta.			
23.Deprimido.			
24.Sou um perdedor.			
25.Culpado.			
26.Na casa de meu filho. —	x		
27.Estou tendo um ataque cardíaco.			
28.Tiraram partido de mim.			
29.Deitado na cama, tentando dormir.	x		
30.Issso não vai funcionar.			x
31.Vergonha.			
32.Vou perder tudo que tenho.			x
33.Pânico.			

Adaptado de Padesky & Greenberger (1995)

A seguir, encontram-se as respostas da Folha de Exercícios.

- 1.Nervoso Emoção
- 2.Em casa Situação
- 3.Não vou conseguir fazer isso Pensamento
- 4.Triste Emoção
- 5.Falando com um amigo ao telefone Situação
- 6.Irritado Emoção
- 7.Dirigindo meu carro Situação
- 8.Eu sempre vou me sentir assim Pensamento
- 9.No trabalho Situação
- 10.Estou enlouquecendo Pensamento
- 11.Bravo Emoção
- 12.Eu não presto Pensamento
- 13.4:00 da manhã Situação
- 14.Algo terrível vai acontecer Pensamento
- 15.As coisas nunca dão certo Pensamento
- 16.Desanimado Emoção
- 17.Eu não vou superar isso Pensamento
- 18.Sentado em um restaurante Situação
- 19.Estou fora de controle Pensamento
- 20.Sou um fracasso Pensamento
- 21.Falando ao telefone com minha mãe Situação
- 22.Ela está sendo injusta Pensamento
- 23.Deprimido Emoção
- 24.Sou um perdedor Pensamento
- 25.Culpado Emoção
- 26.Na casa de meu filho Situação
- 27.Estou tendo um ataque cardíaco Pensamento
- 28.Tiraram partido de mim Pensamento
- 29.Deitado na cama, tentando dormir Situação
- 30.Issso não vai funcionar Pensamento
- 31.Vergonha Emoção

32. *Vou* perder tudo que tenho Pensamento

33. Pânico Emoção

Mecanismos compensatórios



Lista de estratégias e soluções a implementar	
insónia	<ul style="list-style-type: none">- medicação- dormir + tarde
dores	<ul style="list-style-type: none">- medicação- treino de relaxamento- acupuntura- desporto

Registo de crenças

Por favor, pede-se que registe as crenças menos adequadas que tem no seu pensamento relativamente às suas dificuldades, situações de stress/ansiedade substituindo essa crença por outra mais favorável para si (estratégias de coping adaptativo centrado nas cognições).

<p>Evidências a favor da crença antiga</p> <p>- quer ficar bem e não ter stress</p> <p>- gostar de ti mesmo</p>	<p>Evidências contra a crença antiga e a favor da crença nova</p> <p>→ fisioterapia p/ melhorar</p> <p>- terapias</p> <p>- ambiente social</p>
<p>Vantagens da crença antiga (ela ajuda?)</p> <p>não - sentimento e pensamentos negativos não ajudam</p>	<p>Vantagens da crença nova</p> <p>- melhorias</p> <p>- estado de bem estar</p>

Orientações no preenchimento das respectivas colunas

Situação	Emoções (estado de humor)	Pensamentos automáticos e imagens
<p>Quando foi? Data e hora</p> <p>Que estava a fazer</p> <p>Onde estava</p> <p>Com quem estava</p>	<p>Descreve cada estado emocional com uma palavra</p> <p>O que estava a sentir</p> <p>Tenso, stressado</p> <p>Preocupado, inseguro, ansioso</p> <p>Deprimida, triste, em baixo, infeliz</p> <p>Assustado, com medo, apavorado, em pânico</p> <p>Aborrecido, irritado, zangado, irado</p> <p>Envergonhado, humilhado, constrangido</p> <p>Dececionado, frustrado, desapontado</p> <p>Culpado Ferido, magoado Desconfiado.</p> <p>Avalie a intensidade do humor (0 – 10)</p>	<p>O que estava passando em sua mente instantes antes de modificar seu humor ou de começar o sintoma?</p> <p>Quais os seus pensamentos se relacionavam com aquele estado emocional?</p> <p>Qual o pensamento mais importante?</p> <p>Quais imagens ou lembranças você teve?</p> <p>Avalie o quanto você acredita nisto (0 – 10) E quando piorou o humor ou o sintoma?</p>
<p>Estressores ou problemas</p> <p>O que aconteceu?</p> <p>Houve algum problema?</p> <p>O que foi?</p> <p>Você se incomodou?</p> <p>Teve algum aborrecimento?</p>	<p>Sintomas</p> <p>Sentiu alguma coisa no corpo? Algum sintoma físico?</p> <p>Alguma dor? Tontura? Erjoo? Vômitos?</p> <p>Falta de ar?</p> <p>Sudorese?</p> <p>Algum outro sintoma?</p>	<p>Comportamento</p> <p>Qual foi sua reação?</p> <p>O que você fez?</p>

Por favor, proceda aos seus registos diários, assim como combinado em consulta. Pode registar as vezes que quiser durante o dia. Obrigada.

Estes registos permitem que compreenda melhor o foco da sua dor, os fatores precipitantes da mesma, o tipo de pensamentos que ocorrem associados a essa dor assim como suas emoções.

REGISTO EM 3 COLUNAS

Situação/ Data/hora	Emoções (estado de humor) avaliar de 0 a 10	Pensamentos automáticos e imagens
- 12 Maio 17hs - dor braço	- zangada, nervosa	- atrás de dor pede me causa pior
Estressores ou problemas - preocupação e limitação físicas	Sintomas (que sentiu no corpo?) - dor formigação	Comportamento (o que fez?) - exercício físico - fisioterapia

Sofia Gonçalves

--	--	--

Orientações no preenchimento das respetivas colunas

Situação	Emoções (estado de humor) Avaliar de 0 a 10	Pensamentos automáticos e imagens	Evidências favoráveis ao pensamento automático quente	Pensamento alternativo
<p>Conte o ambiente em que você estava quando começou a sentir o sintoma ou a emoção. O que você estava fazendo?</p> <p>Quando foi? (data e hora) Onde você estava? Com quem você estava?</p>	<p>Descreva cada estado emocional, com uma palavra. O que você estava sentindo? Tenso, estressado, preocupado, ansioso, inseguro, deprimido, triste, para baixo. Assustado, com pânico, aborrecido, irritado, zangado. Envergonhado, humilhado, constrangido. Decepcionado, frustrado, culpado. Ferido, magoado</p> <p>Avalie a intensidade da emoção (0 a 10)</p>	<p>O que estava passando em sua mente instante antes de modificar seu humor ou de começar o sintoma? Quais os seus pensamentos se relacionavam com aquele estado emocional? Qual o pensamento mais importante? O que ele tem a ver com você, ou com a sua vida? Quais imagens ou lembranças você teve?</p> <p>Avalie o quanto você acredita nisso (0 – 10) E quando piorou o humor ou o sintoma?</p>	<p>Circule o pensamento importante da coluna anterior para o qual você está procurando evidência. Escreva evidências (fatos) para apoiar esta conclusão. (Apenas os fatos. Tente evitar a interpretação). (Evite também tentar adivinhar o que as outras pessoas pensam a respeito).</p>	<p>Faça a você as perguntas para criar pensamentos alternativos ou compensatórios. Há outras maneiras de interpretar o que ocorreu? Quais? Escreva uma frase que resume as evidências a favor e contra o pensamento quente. Faz sentido? Se meu pensamento for verdadeiro, qual é a pior consequência? Se não for, qual a melhor? Qual é a mais realista? Qual o conselho que eu daria para uma pessoa que eu amo com pensamento semelhante? Existe algum ponto forte em mim que estou</p>

<p>Estressores ou problemas (O que causou ou influiu neste episódio?)</p>	<p>Sintomas (O que você sentiu no corpo?)</p>	<p>Comportamento (Qual foi sua reação?) (O que você fez?)</p>	<p>Evidências contra o pensamento automático</p>	<p>ignorando? Classifique o quanto você acredita em cada pensamento alternativo ou compensatório (0 a 10) Emoções mais tarde (avaliação posterior - 0 a 10)</p>
<p>O que aconteceu? Houve algum problema? O que foi? Você se incomodou? Teve algum aborrecimento?</p>	<p>Sentiu alguma coisa no corpo? Algum sintoma físico? Alguma dor? Tontura? Enjoo? Vômitos? Falta de ar? Sudorese? Algum outro sintoma?</p>	<p>Qual foi sua reação? O que você fez?</p>	<p>Faça para você as perguntas para descobrir evidências que não apoiem o seu pensamento. Quais erros de raciocínio eu estou cometendo? Tive alguma experiência que mostra que o pensamento não é verdadeiro o tempo todo? O que meu melhor amigo me diria a respeito? Quando não estou me sentindo deste modo, penso de maneira diferente? Quando me senti assim no passado, sobre o que pensei que me ajudou? Existem pequenas coisas que contradizem meus pensamentos? Daqui a 5 anos eu olharei para este fato de maneira diferente?</p>	<p>Avalie novamente a emoção, após ter um pensamento alternativo.</p>

Por favor, proceda aos seus registros diários, assim como combinado em consulta. Pode registrar as vezes que quiser durante o dia. Obrigada.

Estes registros permitem que compreenda melhor o foco da sua dor, os fatores precipitantes da mesma, o tipo de pensamentos que ocorrem associados a essa dor assim como o grau das suas emoções. Na última coluna sugere-se que coloque um pensamento adaptativo á situação identificada por si.

REGISTO EM 5 COLUNAS

Situação	Emoções (estado de humor) Avaliar de 0 a 10	Pensamentos imagens	Pensamentos automáticos	e	Evidências pensamento presente	Evidências favoráveis ao automático	Pensamento alternativo
- querer fazer + e não conseguir - ardem e l o s bracos do co	- enervada - 8	- pede ajuda ao medico			-		- ajuda
Estressores ou problemas (O que causou ou influenciou neste episódio?)	Sintomas (O que você sentiu no corpo?) falta de força e dores	Comportamento (Qual foi sua reação?) (O que você fez?) - pede ajuda			Evidências pensamento presente	contra o automático	Emoções mais tarde (avaliação posterior - 0 a 10)

Neste quadro deverá identificar as suas dificuldades/situações geradoras de stress/ ansiedade e as estratégias alternativas que poderá adotar para lidar com essas dificuldades/situações. Objectivos: aquisição de autonomia na gestão e controlo das suas dificuldades/emoções.

Lista de estratégias e soluções a implementar (a preencher em consulta)	
Dificuldades/situações de stress/ ansiedade	Estratégias a adotar
levantar aspetos pessoais	- pedir auxílio a um membro da família em casa ou a um colega no trabalho
pensamentos recorrentes relativos aos escritos e às intervenções	- treino de relaxamento - dar um passeio em família nuclear (filho + marido)

Ps: continuar em casa (TPE)

Sofia Gonçalves

Avaliação da Satisfação dos utentes
(adaptado de Miranda, 2012)

As 18 frases que se seguem referem-se a vários aspetos que compreendem o papel do psicólogo. Pedimos-lhe por favor que assinale com uma cruz (X) no sentimento que melhor descreve o seu grau de satisfação: desde muito insatisfeito(a) a muito satisfeito (a).

Grau de satisfação relativamente:	 muito insatisfeito	 insatisfeito	 indiferente	 Satisfeito/a	 Muito satisfeito/a
1 às informações fornecidas num primeiro contato com o Psicólogo					X
2 ao número total das consultas					X
3 ao intervalo de tempo entre as consultas				X	
4 à duração de tempo de cada consulta				X	
5 às condições gerais do gabinete (aspecto, conforto, privacidade)				X	
6 à pontualidade e assiduidade do Psicólogo				X	
7 ao apoio que o Psicólogo lhe deu				X	
8 à compreensão demonstrada pelo Psicólogo acerca das suas preocupações					X
9 ao interesse demonstrado pelos seus problemas					X
10 à linguagem utilizada pelo Psicólogo					X
11 à intervenção e estratégias adoptadas pelo Psicólogo					X
12 à competência e à preparação do Psicólogo				X	
13 ao desfecho do problema que o/a fez procurar a(s) consulta(s) de psicologia					X
14 ao desenlace de outros problemas que foram surgindo no decorrer do processo				X	
15 às mudanças na sua vida influenciadas pela(s) consulta(s) de psicologia				X	
16 aos progressos que foi sentindo ao longo do processo				X	
17 à sua forma de lidar com os problemas e as				X	

preocupações do dia-a-dia					
18 a aspectos da sua vida que não foram focados nas consultas de psicologia				X	

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo H: Protocolo de avaliação do luto

Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação

Processo nº _____

Intervenção Cognitivo-narrativa no luto prolongado após suicídio de familiar: Ensaio Randomizado Controlado

Eu abaixo assinado

_____, fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a verificar a eficácia de uma intervenção psicológica nos sintomas de luto complicado, pós-stress traumático e depressão, assim como, estudar o impacto da perda de um familiar e os fatores emocionais subjacentes.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de questionários e entrevistas, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos. Está prevista de igual modo a concretização de uma intervenção psicológica individual em quatro sessões.

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

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 e autorizo a divulgação dos resultados no meio científico, garantido o anonimato.

Data

Assinatura do participante

____/____/____

Data

Assinatura do Investigador

responsável

____/____/____

Intervenção Cognitivo-narrativa no luto prolongado após suicídio de familiar: Ensaio Randomizado Controlado

A equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste hospital está a desenvolver atividades de intervenção psicológica junto dos utentes em situação de luto prolongado, relativa ao suicídio de familiares e que estão em acompanhamento psiquiátrico neste departamento.

O objetivo destas atividades consiste em reduzir ao máximo todos os sintomas ligados à perda, melhorando o bem-estar físico e psicológico dos utentes que participarem nesta atividade, facilitando uma melhoria gradual do seu funcionamento global.

Se aceitar voluntariamente participar nesta atividade, é-lhe pedido para preencher questionários e frequenta sessões individuais para concretizar os objetivos propostos.

Todos os dados recolhidos através de questionários e entrevistas são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins, por forma a garantir o anonimato e segurança dos mesmos.



QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO



DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masculino Feminino
2. Profissão: _____
3. Situação Profissional: Empregado Com atestado/Baixa médica Desempregada
Reformado Outro Qual? _____
4. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a)
Viúvo(a) União de facto
5. Área de residência: rural urbana
6. Habilitações Literárias: sem escolaridade 4º ano 6º ano 9º ano
12º ano ensino superior
7. Religião: Nenhuma Católica Outra Qual? _____
8. Composição do Agregado Familiar (com quem vive):
Sozinho(a) Marido/companheiro
- Mulher/companheira Filho(s) Marido/mulher e filhos Pais
Outro Quem? _____
9. Número de filhos vivos _____
10. Qual a perda que sofreu Marido/Companheiro ou Mulher/Companheira Filho(s)
Pai Mãe Avô/Avó Outro? Qual? _____

SITUAÇÃO CLÍNICA

1. Sofre de alguma doença orgânica? Sim Não Qual? _____
2. Tem ou teve problemas psiquiátricos/Psicológicos? Sim Não
Qual? _____ Há quanto tempo? _____
3. Tem ou teve acompanhamento psiquiátrico NÃO relacionado com a sua perda?
Sim Não Quando? _____
4. Tem ou teve acompanhamento psicológico NÃO relacionado com a sua perda?
Sim Não Quando? _____
5. Costuma tomar medicação prescrita pelo médico? Sim Não
6. Que especialidade médica?
Médico de família Psiquiatra Outro Qual? _____
7. Que tipo de medicação? _____
8. Costuma fazer auto-medicação? Sim Não
9. Costuma pensar que seria melhor morrer? Sim Não
10. Este pensamento surge muitas vezes? Sim Não

HISTÓRIA FAMILIAR

1. Ocorreram outros acontecimentos negativos de vida importantes nos últimos anos?

Sim Não 2. Quais? Morte de outro familiar Morte de um amigo

Separação/Divórcio Desemprego/Problemas no emprego

Problemas económicos/financeiros Perda de bens materiais

Problemas graves com a justiça Problemas graves de saúde

Outros: _____

APOIO SÓCIO-FAMILIAR

1- Sentiu apoio quando sofreu sua perda? Sim Não

2. Que tipo de apoio teve?

Questões práticas (funeral, questões domésticas)

Apoio emocional Apoio com os filhos Apoio psiquiátrico

Apoio Psicológico Orientação/informação Outros Quais?

3. Quem prestou apoio?

Família Amigos Igreja Técnicos

Outras pessoas Quais? _____

DADOS DA PESSOA QUE MORREU E CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE

1. Sexo: Masculino Feminino Data de morte: ____/____/____

3. Tempo decorrido desde a morte ____ anos ____ meses

4. Idade na altura da morte ____ anos ____ meses

5. Local de morte: _____ 5.1. Tipo/método de suicídio:

Sobredosagem de medicamentos Arma de fogo Arma branca

Enforcamento Outro tipo: _____

6. De que modo teve conhecimento do falecimento?

Pessoalmente Por telefone Outro Qual? _____

7. Quem lhe comunicou o falecimento?

Médico Familiar Amigo Vizinho Outro Quem? _____

8. Estava presente no momento da morte? Sim Não

9. Se sim, até que ponto foi importante estar presente:

Muito importante Média importância Nenhuma importância

10. Teve possibilidade de se despedir? Sim Não

11. Qual foi a sua reacção ao tomar conhecimento da morte?

Chorar Gritar Mutismo Choque Confusão

Outro Qual? _____

12. Esteve presente no velório? Sim Não

13. Esteve presente no funeral? Sim Não

14. Estava sob efeito de medicação aquando do funeral? Sim Não

15. Sabe qual? _____

16. Quem lha indicou?

Médico Familiar Amigo Vizinho Outro Quem? _____

17. Quais os sentimentos/emoções predominantes ao tomar conhecimento do falecimento?

(Escolha dos seguintes sentimentos o(s) que melhor se adequa(m) a cada situação: 1. Tristeza; 2. Ansiedade; 3. Angústia; 4. Hostilidade; 5. Raiva; 6. Culpa, 7. Negação, 8. Medo; 9. Desespero; 10. Solidão, 11. fadiga; 12. Saudade, 13. Vazio; 14. Alívio; 15. Desanimo; 16. Desinteresse pela vida)

17.1 Ao tomar conhecimento da morte

17.2 Durante as cerimónias fúnebres

17.3 Nas semanas seguintes

17.4 Nos meses seguintes

17.5 Actualmente

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.				

- ICG – Inventário de Luto Complicado
(Prigerson et al, 1995)

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

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente fazia...	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 às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com 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 amargo 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

– IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et. al, 2006) –

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

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o).	0	1	2	3	4
5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	4
10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	0	1	2	3	4
14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
20. Sonhei sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

Obrigado pela sua colaboração.

- EDRS (Graz, K & Roemer, L. 2004; adaptado por Machado Vaz et al, 2010)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo, no valor selecionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5	
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)	
1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exatamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5
20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5

24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

Data da primeira avaliação: ___/___/___
 Data Follow-up (3 meses): ___/___/___

AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA

Instrumentos de Avaliação		Avaliação (___ / ___ / ___)
EDRS		
CES-D (Total)		
ICG (Total)		
I E S (Rev.)	Intrusão	
	Hipervigilância	
	Evitamento	
	Outros Itens	
	Total	

Anexo I: Instrumentos de avaliação (Questionário sociodemográfico, ICG, IES-R, EDRS, CES-D)

Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação

5

Processo nº 2300 2378

Intervenção Cognitivo-narrativa no luto prolongado após suicídio de familiar: Ensaio Randomizado Controlado

Eu abaixo assinado Regênio Paulo Ribeiro Fogaça, fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a verificar a eficácia de uma intervenção psicológica nos sintomas de luto complicado, pós-stress traumático e depressão, assim como, estudar o impacto da perda de um familiar e os factores emocionais subjacentes.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de questionários e entrevistas, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos. Está prevista de igual modo a concretização de uma intervenção psicológica individual em quatro sessões.

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

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 e autorizo a divulgação dos resultados no meio científico, garantido o anonimato.

Data

Assinatura do participante

26/11/15

Regênio Paulo Ribeiro Fogaça

Data

Assinatura do Investigador responsável

26/11/15

Sofia M. Gonçalves

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

DADOS PESSOAIS

1. Idade: 39 2. Sexo: Masculino Feminino
2. Profissão: Bombeiro
3. Situação Profissional: Empregado Com atestado/Baixa médica Desempregada
Reformado Outro Qual? _____
4. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a)
Viúvo(a) União de facto
5. Área de residência: rural urbana
6. Habilitações Literárias: sem escolaridade 4º ano 6º ano 9º ano
12º ano ensino superior
7. Religião: Nenhuma Católica Outra Qual? _____
8. Composição do Agregado Familiar (com quem vive): Sozinho(a) Marido/companheiro
Mulher/companheira Filho(s) Marido/mulher e filhos Pais
Outro Quem? _____
9. Número de filhos vivos 0
10. Qual a perda que sofreu Marido/Companheiro ou Mulher/Companheira Filho(s)
Pai Mãe Avô/Avó Outro? Qual? _____

INTERVENÇÃO

SITUAÇÃO CLÍNICA

1. Sofre de alguma doença orgânica? Sim Não Qual? _____
2. Tem ou teve problemas psiquiátricos/Psicológicos? Sim Não
Qual? _____ Há quanto tempo? há um ano
3. Tem ou teve acompanhamento psiquiátrico NÃO relacionado com a sua perda?
Sim Não Quando? _____
4. Tem ou teve acompanhamento psicológico NÃO relacionado com a sua perda?
Sim Não Quando? _____
5. Costuma tomar medicação prescrita pelo médico? Sim Não
6. Que especialidade médica?
Médico de família Psiquiatra Outro Qual? Citopeda
7. Que tipo de medicação? tridien, dominox, dic-repan
8. Costuma fazer auto-medicação? Sim Não
9. Costuma pensar que seria melhor morrer? Sim Não
10. Este pensamento surge muitas vezes? Sim Não

HISTÓRIA FAMILIAR

1. Ocorreram outros acontecimentos negativos de vida importantes nos últimos anos?
Sim Não 2. Quais? Morte de outro familiar Morte de um amigo
Separação/Divórcio Desemprego/Problemas no emprego
Problemas económicos/financeiros Perda de bens materiais
Problemas graves com a justiça Problemas graves de saúde
Outros: _____

APOIO SÓCIO-FAMILIAR

- 1- Sentiu apoio quando sofreu sua perda? Sim Não

2. Que tipo de apoio teve?

Questões práticas (funeral, questões domésticas)

Apoio emocional Auxílio com os filhos Apoio psiquiátrico

Apoio Psicológico Orientação/informação Outros Quais?

3. Quem prestou apoio?

Família Amigos Igreja Técnicos

Outras pessoas Quais? _____

DADOS DA PESSOA QUE MORREU E CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE

1. Sexo: Masculino Feminino 2. Data de morte: 10 / 01 / 2013

3. Tempo decorrido desde a morte _____ anos _____ meses

4. Idade na altura da morte 56 anos _____ meses

5. Local de morte: CASA 5.1. Tipo/método de suicídio:

Sobredosagem de medicamentos Arma de fogo Arma branca

Enforcamento Outro tipo: _____

6. De que modo teve conhecimento do falecimento?

Pessoalmente Por telefone Outro Qual? _____

7. Quem lhe comunicou o falecimento?

Médico Familiar Amigo Vizinho Outro Quem? _____

8. Estava presente no momento da morte? Sim Não

9. Se sim, até que ponto foi importante estar presente:

Muito importante Média importância Nenhuma importância

10. Teve possibilidade de se despedir? Sim Não

11. Qual foi a sua reacção ao tomar conhecimento da morte?

Chorar Gritar Mutismo Choque Confusão

Outro Qual? _____

12. Esteve presente no velório? Sim Não

13. Esteve presente no funeral? Sim Não

14. Estava sob efeito de medicação aquando do funeral? Sim Não

15. Sabe qual? calomantes

16. Quem lha indicou?

Médico Familiar Amigo Vizinho Outro Quem? _____

17. Quais os sentimentos/emoções predominantes ao tomar conhecimento do falecimento?

(Escolha dos seguintes sentimentos o(s) que melhor se adequa(m) a cada situação:
1.Tristeza; 2. Ansiedade; 3.Angústia; 4. Hostilidade; 5. Raiva; 6. Culpa, 7.Negação, 8.Medo;
9.Desespero; 10.Solidão, 11.fadiga; 12.Saudade, 13.Vazio; 14.Alívio; 15. Desanimo;
16.Desinteresse pela vida)

17.1 Ao tomar conhecimento da morte

Raiva, desespero

17.2 Durante as cerimónias fúnebres

Desespero

17.3 Nas semanas seguintes

Sentiu-se perdido

17.4 Nos meses seguintes

tristeza, desinteresse pela vida

17.5 Actualmente

Está melhor.

-EDRS- Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

(Gratz, K & Roemer, L. 2004)

(Adaptado para a População Portuguesa por Machado Vaz, F. & Branco Vasco, A., Greenberg, L. 2010)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um circulo, no valor seleccionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	✗	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	✗	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1 /	2	3	4	✗ 5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1 ✗	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	✗ 2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1 ✗	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir	1	✗ 2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	✗ 5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	✗ 2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2 ✗	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	✗ 5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1 ✗	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	✗ 5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	✗ 5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	✗ 4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	✗ 5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1 ✗	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em	1	2	3	4	✗ 5

focar em outras coisas					
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5 X
20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2 X	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1 X	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1 X	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5 X
24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2 X	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5 X
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5 X
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5 X
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5 X
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5 X
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5 X
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5 X
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5 X
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5 X
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2 X	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5 X
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5 X
37. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3 X	4	5
38. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado	X	2	3	4	5 X

7 16 3 4 200

comigo mesmo por me sentir dessa forma					
39. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1 X	2	3	4	5
40. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5 X
41. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1 X	2	3	4	5
42. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5 X
43. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5 X
44. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5 X
45. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5 X
46. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5 X
47. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5 X
48. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4 X	5
49. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5 X
50. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5 X
51. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2 X	3	4	5
52. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5 X
53. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5 X

Obrigado pela sua colaboração.

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

Obrigado pela sua colaboração.

– ICG – Inventário de Luto Complicado
(Prigerson et al, 1995)

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

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
5. Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>	4
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4

17. Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4 X
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1 X	2	3	4
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4 X

Obrigado pela sua colaboração.

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

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
① Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3 X	4
② Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3 X	4
③ Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3 X	4
← 4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o).	0	1	2	3	X 4
✓ 5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso.	0	1 X	2	3	4
⑥ Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3 X	4
✓ 7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3 X	4
✓ 8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	X 4
⑨ Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	X 4
← 10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	X 4
✓ 11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3 X	4
✓ 12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3 X	4
✓ 13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	0	1 X	2	3	4
⑭ Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	X 4
← 15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	X 4
⑯ Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	X 4
✓ 17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3 X	4
← 18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3 X	4
← 19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea	0	1	2	3	X 4

ou aperto no coração.					
20. Sonhei sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4 X
21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	X 4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2 X	3	4

Obrigado pela sua colaboração.

2300 2378

AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA

Instrumentos de Avaliação		Avaliação (26/11/15)
EDRS		159 109
CES-D (Total)		41
ICG (Total)		25 48
I E S (Rev.)	1 6 16 2 9 3 14 20 Intrusão	28
	4 10 Hipervigilância 15 18 19 21	23
	5 7 8 11 Evitamento 12 13 17 22	20
	Outros Itens	
	Total	71

130

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.

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

12

33

12

57

- ICG - Inventário de Luto Complicado

(Prigerson et al, 1995)

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

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente fazia...	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 às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com 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 amargo 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

Sofia Gonçalves

3 4 36 4
8

47

- EDRS (Gratz, K & Roemer, L. 2004; adaptado por Machado Vaz et al, 2010)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo, no valor selecionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5			
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)			
1. É claro para mim aquilo que estou a sentir			1	2	(3)	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto			1	2	(3)	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo			1	2	(3)	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir			1	2	(3)	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos			1	(2)	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos			1	2	(3)	4	5
7. Sei exatamente como me estou a sentir			1	2	(3)	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir			1	2	3	(4)	5
9. Estou confuso acerca do que sinto			1	2	(3)	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções			1	2	3	(4)	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma			1	(2)	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	(1)			2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito			1	(2)	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo			1	(2)	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo			1	(2)	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido			1	2	(3)	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes			1	2	3	(4)	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas			1	2	3	(4)	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo			1	(2)	3	4	5
20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas			1	2	(3)	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	(1)			2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor			1	(2)	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco			1	(2)	3	4	5

- IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et. al, 2006) -

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

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
✓ 1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
✓ 2. Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
✓ 3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
- 4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o).	0	1	2	3	4
5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
✓ 6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
✓ 9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	4
- 10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	0	1	2	3	4
✓ 14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
- 15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
✓ 16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3	4
- 18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
- 19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
✓ 20. Sonhei sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
- 21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

Obrigado pela sua colaboração.

24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	(3)	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	(2)	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	(4)	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	(3)	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	(1)	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	(3)	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	(2)	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	(1)	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2	3	(4)	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	(2)	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	(2)	3	4	5

4 24 36 24

68

==

Data da primeira avaliação: / /
 Data Follow-up (3 meses): 25/02/2016

AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA

Instrumentos de Avaliação		Avaliação (25/02/2016)
EDRS		68
CES-D (Total)		57
ICG (Total)		47
I E S (Rev.)	Intrusão	25
	Hipervigilância	19
	Evitamento	23
	Outros Itens	
	Total	67

Anexo J: Orientação psicológica, plano de intervenção e materiais utilizados (caso clínico 2)

Relatório de Avaliação e Orientação Psicológica

Nº processo: 23002378

Data de avaliação: 26/11/2015

Motivo e proveniência do pedido: participação no estudo relativo ao luto por suicídio e aplicação dos instrumentos de avaliação para recolha de dados do GC (pré teste e pós teste).

Identificação: (39 anos de idade); Solteiro (separado); não tem filhos

Ano de escolaridade: 12º ano

Profissão: bombeiro (empregado)

Estado mental: o utente apresentou-se em consulta sozinho c/ aspeto cuidado e apresentação adequada para a sua idade, c/ vestuário apropriado; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor ansioso; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

História clínica: tratamento em ortopedia.

Medicação: triticum (controlo de pensamentos/comportamentos de suicídio); dymyrox (antidepressivo); diazepam (controlo de ansiedade e insónia).

Descrição das consultas: foram feitas duas avaliações em dois momentos distintos: pré teste e pós teste, tendo o utente demonstrado adesão e motivação em participar no processo de avaliação.

O mesmo foi objectivo e coerente no seu discurso aquando na recolha de informações pertinentes p/ o processo (anamnese) e não apresentou dificuldades no preenchimento dos respetivos instrumentos de avaliação.

Procedimentos e provas administradas: para verificar a existência de luto complicado procedeu-se à aplicação do ICG (Inventário do Luto complicado); para avaliar o grau de depressão procedeu-se à aplicação da CES-D (Escala da depressão); para avaliar a presença de stress pós-traumático procedeu-se à administração da IES-R (Impacto da escala de eventos – revisto); para avaliação das dificuldades de regulação emocional procedeu-se à aplicação da EDRS (Escala de dificuldades da regulação emocional).

Resultados do pré teste (26/11/2015): os resultados obtidos nos referidos instrumentos de avaliação demonstram a existência de luto patológico clinicamente não significativo, uma vez que a pontuação obtida no ICG foi de **48 pontos** (ponto de corte 35); presença de depressão clinicamente significativa uma vez que o **CES-D apresenta uma pontuação de 41 pontos** (ponto de corte 20); presença de stress pós traumático clinicamente significativo uma vez que a pontuação obtida no **IES-R é de 71 pontos** (ponto de corte 35), sendo que os níveis de Intrusão e de evitamento apresentam valores ligeiramente superiores aos níveis de hipervigilância; e presença de dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas uma vez que o **EDRS apresenta uma pontuação de 130 pontos** (ponte de corte 30).

Orientação: considerando os resultados obtidos, não é sugerida intervenção cognitivo narrativo. Agendamento follow up para nova avaliação para dia 25-02-2016.

Resultados do pós teste (25/02/2016): os resultados obtidos nos referidos instrumentos de avaliação demonstram a existência de luto patológico clinicamente não significativo, uma vez que a pontuação obtida no **ICG foi de 47 pontos** (ponto de corte 35); presença de depressão clinicamente significativa uma vez que o **CES-D apresenta uma pontuação de 57 pontos** (ponto de corte 20); presença de stress pós traumático clinicamente significativo uma vez que a pontuação obtida no **IES-R é de 67 pontos** (ponto de corte 35), sendo que os níveis de Intrusão e de evitamento apresentam valores ligeiramente superiores aos níveis de hipervigilância; e presença de dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas uma vez que o **EDRS apresenta uma pontuação de 68 pontos** (ponto de corte 30).

Conclusão: verificam-se diferenças significativas entre o EDRS pós e pré, sendo que a pontuação obtida no EDRS pós é significativamente inferior á pontuação obtida no EDRS pré. Deste modo concluiu-se que o utente apresenta uma diminuição clara nos níveis de regulação emocional mantendo o luto complicado de forma não significativa, e a depressão e o stress pós traumático são clinicamente significativos por apresentar ansiedade/stress face ás situações/problemas da sua vida que estão por resolver.

Orientação: agendamento p/ promoção de coping adaptativo centrado na regulação emocional, resolução de problemas, assertividade e relação interpessoal e reestruturação cognitiva.

Plano das sessões

Plano: intervenção individual com 5 sessões psico educativas direcionadas para a promoção de coping adaptativo centrado na regulação emocional (controlo e gestão do stress/ansiedade) e resolução de problemas (reestruturação cognitiva).

Objetivo geral:

- (1) Promoção p/ saúde;
- (2) Desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas;
- (3) Fomentar o envolvimento em atividades com a família e os amigos no sentido de diminuir o stress/ansiedade e o isolamento;
- (4) Treino de relaxamento para alívio do stress/ansiedade;
- (5) Reestruturação cognitiva para modificar as crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos. Pretende-se ensinar o doente a detetar os pensamentos que constituem os ciclos negativos, levando-o a perceber que tipo de influências têm nas suas emoções e comportamentos, a reavaliar os seus significados, estimulando a procura de soluções e estratégias para alterar e confrontar esses pensamentos de forma efetiva.

Data de 1ª sessão: 15/03/2016

Objectivos

- exploração de acontecimentos significativos;
- promoção da expressão e validação emocional;
- estimulação para a prática de exercícios diários de relaxamento p/ aliviar as tensões musculares, tranquilizar a mente e ativar a imaginação (Treino de relaxamento progressivo de Jacobson e respiração diafragmática);

Material: Treino de relaxamento progressivo de Jacobson e respiração diafragmática.

Estado mental: o utente apresentou-se em consulta sozinho c/ aspeto cuidado e apresentação adequada para a sua idade, c/ vestuário apropriado; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor ansioso; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e Adesão á terapêutica: no decorrer da consulta o utente demonstrou motivação para dar início á sessão e uma atitude proativa e positiva. Denota-se exaustão e cansaço psico emocional por motivos interpessoais (sucessivos fracassos amorosos), e pela intervenção cirurgica a que foi sujeito por lesão no nervo muscular do braço direito.

Data da 2ª sessão: 29/03/2016

Objectivos

- exploração de acontecimentos significativos;
- promoção da expressão e validação emocional;
- estratégias de coping adaptativo centrado nas emoções e resolução de problemas c/ promoção p/ o automonitoramento.

Objetivos específicos:

- (1) Fomentar a tomada de consciência da importância de encontrar estratégias ativas para lidar com as dificuldades, situações de stress/ansiedade;
- (2) Listar as soluções e estratégias a implementar no dia-a-dia para fazer face a essas dificuldades;
- (3) Refletir sobre a necessidade de envolver a família, os amigos e incluir no dia-a-dia atividades prazerosas.

Material: listar as soluções e estratégias a implementar diariamente (eg. Registo de situações e respetivas alternativas de resolução das dificuldades sentidas).

Estado mental: o utente apresentou-se em consulta sozinho c/ aspeto cuidado e apresentação adequada para a sua idade, c/ vestuário apropriado; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor eutímico; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e Adesão á terapêutica: no decorrer da consulta o utente demonstrou uma atitude cooperante e proativa e refere não praticar diariamente mas quando o pratica sente-se de facto mais calmo e relaxado, abstraindo seu pensamento das preocupações.

Prática de exercícios com o objectivo fomentar a tomada de consciência da importância de encontrar estratégias ativas para lidar com as dificuldades e emoções decorrentes das mesmas e refletir sobre a necessidade de envolver a família, os amigos e incluir no dia-a-dia atividades prazerosas.

Data da 3ª sessão: 05/04/2016

Objectivos

- exploração de acontecimentos significativos;
- promoção da expressão e validação emocional;
- Estratégias de coping adaptativo centrado nas cognições, emoções e comportamentos.

Objetivos específicos:

- (1) Identificar pensamentos automáticos
- (2) Promover cognições e comportamentos alternativos;
- (3) Promover a consciencialização da importância de mudar pensamentos ou sentimentos negativos;
- (4) Fomentar a tomada de consciência da importância de encontrar estratégias ativas para lidar com as dificuldades, situações de stress/ansiedade;

Material: registo em 3 colunas dos pensamentos automáticos; registo em 5 colunas;

Estado mental: o utente apresentou-se em consulta sozinho c/ aspeto cuidado e apresentação adequada para a sua idade, c/ vestuário apropriado; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da percepção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor ansioso; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão á terapêutica: Os objetivos foram alcançados c/ sucesso pelo que o utente efetuou o registo de forma autónoma e s/ dificuldades em consulta, sendo proposto dar continuidade ao registo diário em casa para discussão e avaliação na sessão subsequente.

Data da 4ª sessão: 12/04/2016

Objectivos

- exploração de acontecimentos significativos;
- promoção da expressão e validação emocional;
- Estratégias de coping adaptativo centrado nas cognições, emoções e comportamentos.

Objetivos específicos:

- (1) Identificar sistema de crenças gerais;
- (2) Aprender a definir pensamentos e comportamentos alternativos
- (3) Conhecer as principais distorções cognitivas;
- (4) Correção das distorções cognitivas;
- (5) Aquisição de modos racionais de confronto com os sintomas, acontecimentos ou procedimentos penosos, desagradáveis, ou que produzam ansiedade/stress;

Material: registo das distorções cognitivas frequentes; registo das crenças em colunas; Comparar uma lista das distorções de pensamento com o padrão habitual de pensamentos.

Estado mental: o utente apresentou-se em consulta sozinho c/ aspeto cuidado e apresentação adequada para a sua idade, c/ vestuário apropriado; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da perceção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/ alterações na orientação espaço-visual; humor eutímico; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Adesão á terapêutica: Os objetivos desta sessão foram bem sucedidos, uma vez que o utente revela expectativas positivas e ajustadas face ás situações que o preocupam, capacidade de auto reflexão, compreensão e identificação dos aspetos positivos e menos positivos.

Data da 5ª sessão: 17/05/2016

Objectivos

- exploração de acontecimentos significativos;
- promoção da expressão e validação emocional;
- generalização de estratégias p/ prevenção da recaída;
- encerramento do processo.

Material: feedback terapeuta-utente

Estado mental: o utente apresentou-se em consulta sozinho c/ aspeto cuidado e apresentação adequada para a sua idade, c/ vestuário apropriado; postura adequada; cooperante e congruente; s/ alterações ao nível da perceção, do pensamento e sensoriais c/ discurso fluente e adequado; s/

alterações na orientação espaço-visual; humor eutímico; c/ insight e diferenciação psicológica; s/ alterações ao nível da capacidade de abstração, concentração e atenção c/ foco ocular adequado; s/ alterações de memória e limitações cognitivas aparentes.

Resumo e adesão á terapêutica:revisão e reflexão de conceitos e habilidades aprendidas e discutissãosobre os aspetos mais importantes da terapia. O próprio demonstra contentamento e aponta a psicologia como sendo uma mais valia no apoio e orientação do utente na gestão da sua vida diária e controlo emocional face ás situações causadores de stress/ansiedade e/ou de maior dificuldade. A consulta terminou com o preenchimento, por parte do utente, de uma ficha de avaliação da satisfação do mesmo relativamente ao trabalho prestado pelo psicólogo. Na sua globalidade o mesmo apresenta estar muito satisfeito.

Orientação: encerramento do processo c/ alta. O utente apresenta melhorias no sentido de adoção de estratégias adaptativas p/ lidar com as situações geradoras de stress/ansiedade e manutenção de pensamentos positivos face as mesmas.



Treino
de
Relaxamento

O que é o treino de Relaxamento?

O relaxamento consiste na libertação voluntária da tensão. Esta tensão pode ser muscular, mental ou psicológica. Quando nós relaxamos fisicamente, os impulsos que ocorrem nos vários nervos dos músculos modificam a natureza dos sinais que são enviados ao cérebro. Esta mudança produz uma sensação de calma, a nível físico e mental. O relaxamento muscular tem efeito no sistema nervoso e portanto deve ser visto não só como um tratamento físico, mas também psicológico.

Irá aprender como:

- Reconhecer a tensão;
- Alcançar um relaxamento profundo;
- Relaxar nas situações quotidianas.

É importante que:

- Participe activamente;
- Pratique diariamente durante dois meses ou mais.

Importância do Treino de Relaxamento

Os músculos estão concebidos para permanecerem num estado relaxado até terem necessidade de realizar alguma actividade física. Em circunstâncias normais, o indivíduo apresenta padrões de flutuação de tensão e relaxamento durante o dia.

A resposta de fuga ou luta, em situações de *stresse* ou ameaça, também resulta numa tensão muscular. Quando uma pessoa se sente sob *stresse* durante longos períodos de tempo, raramente permite que os níveis de tensão muscular fiquem desactivados. Deste modo, a excessiva tensão muscular torna-se constante. Eventualmente, estes indivíduos são incapazes de relaxar, ou não conseguem reconhecer a tensão. Esta não ajudará o indivíduo a realizar as suas tarefas diárias, e poderá mesmo prejudicar as actividades normais. Por causa da tensão, estes indivíduos poderão sentir-se nervosos, irritáveis, cansados, apreensivos, ou também experienciar dores de cabeça e dores musculares.

Um estado contínuo de tensão torna fácil a ocorrência, por exemplo, de um ataque de pânico, porque o sistema nervoso está muito activado. Neste caso, qualquer acontecimento, por mais pequeno que seja, tal como um encontro inesperado com um

amigo, pode desencadear um aumento de tensão e provocar a hiperventilação e o pânico. Mesmo que não tenha ataques de pânico, o indivíduo terá mais probabilidades de se sentir ansioso, apreensivo, ou ter preocupações desagradáveis quando o seu corpo se encontra num contínuo estado de tensão.

Contudo, alguma tensão pode ser boa para si. Então, é importante que aprenda a discriminar quando a tensão é útil ou quando é desnecessária. Somente poucos músculos estão envolvidos na manutenção da postura normal, por exemplo, a passear, a sentar. Ocasionalmente, um aumento de tensão é extremamente benéfico. Por exemplo, é útil um aumento de tensão e alerta antes de uma entrevista de emprego: esta tensão ajuda-o a agir no seu melhor. Não tenha medo deste tipo de tensão.

A tensão é desnecessária quando:

- Não realiza nenhuma função de alerta;
- É demasiado elevada para a actividade envolvida;
- Permanece elevada depois da situação de activação ter passado.

Que mudanças corporais ocorrem durante o treino de relaxamento?

- A mente fica mais tranquila;
- A produção hormonal diminui;
- A taxa de respiração diminui assim como diminui o oxigénio necessário;
- O batimento cardíaco diminui e a pressão sanguínea baixa;
- A sudação diminui marcadamente;
- Os músculos relaxam.

De modo a controlar melhor a sua ansiedade, emoções e manter o bem-estar físico, é importante aprender a relaxar. Para o fazer necessita de aprender a:

- Reconhecer a tensão;
- Relaxar o seu corpo de uma forma completa;
- Libertar a tensão de grupos musculares específicos.

Como relaxar rapidamente

1. O relaxamento é uma técnica – melhora com a prática frequente e regular;
2. Faça os exercícios logo que comece a notar que está a ficar com medo e ansioso;
3. Não contraia os músculos até se tornar desagradável, nem contenha a tensão durante mais de sete segundos;

4. Estes exercícios podem ser adaptados de modo a constituírem uma ajuda quando surge um problema. Use-os sempre que necessita de relaxar;
5. Depois de cinco semanas de uso destes exercícios, deverá ser capaz de reduzir a sua tensão, impedindo-o de continuar tenso. Deste modo, aumenta o seu auto-controlo e confiança.

O Relaxamento Muscular Progressivo

O relaxamento muscular progressivo é uma forma de relaxamento que irá ajudá-lo a desenvolver um maior controlo sobre o seu estado de tensão. Significa, também, que os músculos são relaxados de um modo progressivo. Irá aprender a reconhecer e voluntariamente reduzir a tensão muscular.

O relaxamento é uma capacidade que é aprendida com a prática regular. Para alcançar todos os benefícios que advêm desta técnica, necessita de comprometer-se consigo próprio a oito semanas de prática diária. As pessoas que usufruem de mais benefícios são aquelas que praticam regularmente e logo que notam um aumento de ansiedade ou tensão. Não desespere se não atingir níveis profundos de relaxamento durante as primeiras sessões – isto pode somente ser alcançado através de paciência e prática. Quanto mais frequentemente praticar, mais profundo irá ser o relaxamento, mais tempo irá durar o efeito e mais rapidamente a ansiedade será reduzida.

Os exercícios de relaxamento deverão ser realizados no *mínimo uma vez por dia*, começando preferencialmente, antes de qualquer actividade que envolva dificuldades. É importante que não pense em nenhuma situação ou acontecimento exterior a si enquanto relaxa. Portanto, se estiver à espera de uma chamada telefónica, deixe o auscultador fora do gancho. Quando está a relaxar, qualquer distração que surja não é importante e não requer a sua atenção. Explicando os exercícios àqueles que vivem consigo, geralmente diminui qualquer constrangimento e ajuda na cooperação, minimizando interrupções.

Escolha uma cadeira confortável ou sente-se numa posição com um bom suporte para a sua cabeça e ombros. Muitas pessoas preferem fazer os exercícios deitadas, mas não escolha esta posição se existem probabilidades de adormecer. Com tempo e prática, irá descobrir que consegue relaxar mesmo em circunstâncias muito longe das ideias, numa variedade de posturas e situações. Geralmente, não deverá praticar um relaxamento muscular profundo enquanto desempenha actividades que requerem um elevado grau de alerta, por exemplo conduzir um carro ou comandar uma máquina. Em vez disso, utilize um dos exercícios de relaxamento isométrico descritos mais à frente.

Depois de ter terminado os exercícios de relaxamento, não se levante rapidamente. Poderá sentir tonturas momentaneamente e interpretar esta reacção normal como sendo um sinal de um outro problema. Levante-se lentamente e tente manter o estado de relaxamento durante o máximo tempo possível. Comece calmamente as actividades que planeou realizar.

Aqui irá aprender como usar não só o relaxamento progressivo, mas também o relaxamento isométrico. Deverá conhecer ambas as formas de relaxamento, pois o relaxamento muscular progressivo é útil para proporcionar o relaxamento (antes de confrontar com os seus medos) e o relaxamento isométrico é útil para permanecer relaxado (enquanto confronta os seus medos).

Relaxamento Muscular Progressivo propriamente dito

O relaxamento constitui a resposta antagónica inibidora da ansiedade. Habitualmente inicia-se o treino de relaxamento com 16 grupos musculares, reduzindo-se progressivamente os grupos, até que o doente esteja capaz de se relaxar mediante a simples menção da palavra “relaxe”. Em cada semana são conduzidas e gravadas sessões. O doente é aconselhado a praticar diariamente o treino de relaxamento.

O objectivo último deste treino é conseguir um nível profundo de relaxamento em todos os músculos em poucos minutos. Para isso é importante que o doente pratique diariamente em casa o relaxamento dos músculos treinados em cada uma das sessões anteriores.

▪ Relaxamento Muscular de Jacobson

No seguimento das suas investigações, Jacobson pôde constatar que todo o estado de ansiedade, toda a emoção, toda a perturbação mental, são acompanhados de processos musculares localizados e transitórios. Jacobson constatou que a ansiedade, a emoção, a reflexão, a imaginação, são acompanhadas, nas regiões musculares localizadas e específicas, de correntes de acções. O método de Jacobson está fundado sobre a descontração muscular no seu estado puro.

O treino pessoal comporta para o sujeito, uma sessão diária, de uma duração de uma hora, tendo mesmo duas sessões por dia segundo os casos. No fim, o doente deve fazer um treino com o terapeuta, de cerca de uma a três sessões por semana, cada uma de pelo menos uma hora.

O “*Relaxamento Progressivo*” de Jacobson de forma simplificada é uma técnica que consiste na realização de exercícios sistemáticos de tensão e relaxamento dos músculos

de todo o corpo distinguindo as sensações de tensão e relaxamento que se produzem como consequência de tais exercícios. O objectivo deste treino é aprender a deixar os músculos completamente livres de tensão. Na sua versão simplificada o treino pode conseguir-se em cinco ou seis sessões de vinte a trinta minutos orientadas pelo terapeuta, mais uma ou duas sessões de prática diária em casa. O treino deve realizar-se num lugar tranquilo, com luz ténue, sem ruídos e sem interrupções. Pode fazer-se com o doente comodamente sentado numa cadeira inclinada, com a cabeça apoiada atrás. As pernas devem estar estendidas sem se cruzarem, procurando que a roupa não aperte excessivamente o corpo. Na primeira sessão explica-se ao doente a lógica do procedimento exemplificando os tipos de exercícios que se vão realizar ao longo do treino. A seguir diz para fechar os olhos e se induz um estado de relaxamento geral. A forma de falar do terapeuta deve facilitar o relaxamento, e para esse efeito deve ser pausada, segura e agradável de escutar. Depois de uns momentos de relaxamento geral, mantendo os olhos fechados, dão-se instruções específicas para realizar o primeiro exercício de contracção-descontracção. No primeiro ensaio o período de tensão deve durar uns cinco a dez segundos, enquanto o terapeuta nota as sensações de tensão num músculo específico. O período de tensão é seguido imediatamente de instruções de relaxamento do músculo durante um período aproximado de um minuto fazendo notar as sensações opostas de calma e agradabilidade. Cada exercício repete-se umas duas ou três vezes reduzindo em cada novo ensaio o tempo dedicado à tensão e aumentando o tempo dedicado ao relaxamento.

O objectivo último do treino é conseguir um nível profundo de relaxamento em todos os músculos em poucos minutos. Para isso é importante que o doente pratique diariamente em casa o relaxamento dos músculos treinados em cada uma das sessões anteriores.

O relaxamento actua preparando o organismo para um estado de calma e repouso, inactividade do comportamento e restauração das modificações fisiológicas eventualmente existentes. Isto é, trata-se de uma resposta antagónica àquela que se observa na resposta de luta-fuga, característica do estado ansioso.

Assim, com o relaxamento, consegue-se uma diminuição da activação fisiológica do indivíduo que é acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar. Por tal razão, o relaxamento é utilizado como meio de controlo da ansiedade, particularmente quando nela predomina o componente vegetativo.

Treino de relaxamento para 7 grupos musculares

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo, nem para o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi-voltadas uma para a outra. Quando eu der as instruções de relaxamento, deve repeti-las mentalmente para si.”

1 – Braço dominante

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho.

AGORA....

Sinta a tensão na mão, braço e bíceps.

(manter a contracção durante 15 segundos).

RELAXE....

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento...

Focalize as sensações nestes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados....

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

2 – Braço não dominante

(O mesmo que para o braço dominante).

3 – Face

Vamos passar agora para todos os músculos do seu rosto. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.

AGORA....

Sinta a tensão através de toda a área facial....

Repare como esta é desagradável....

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair..

Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados...

(manter durante 30-40 segundos).

4 – Pescoço e garganta

Vamos focar agora a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito mas sem deixar tocar no peito.

AGORA....

Aprecie a tensão nesses músculos.

RELAXE....

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais e mais relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

5 – Peito, ombros, parte superior das costas e abdómen

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdómen. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem no fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto que, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.

AGORA...

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e abdómen.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora comparando com anteriormente. Sinta a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.

(manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que a ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

6 – Perna dominante

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna dominante, levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés e vira o pé para dentro.

AGORA...

Sinta a tensão através da sua perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais profundamente relaxados....

(manter durante 30-40 segundos)

7 – Perna não dominante

(O mesmo que para o lado dominante)

Conclusão:

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele directamente e diga-lhe: “Deixa-te descontrair..... abandona-te”.

“Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente. Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído/a relaxado/a”.

Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia.

Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Imagine-se num dia bem frio de inverno... lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontrair ainda mais”.

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: observe todos os pormenores... o que vê ... o que ouve ... o que sente ... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

“OK. Agora já relaxamos os músculos dos braços e mãos. Deixe que eles continuem a relaxar...

Relaxamos os músculos da face e do pescoço... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados...

Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen... Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados....

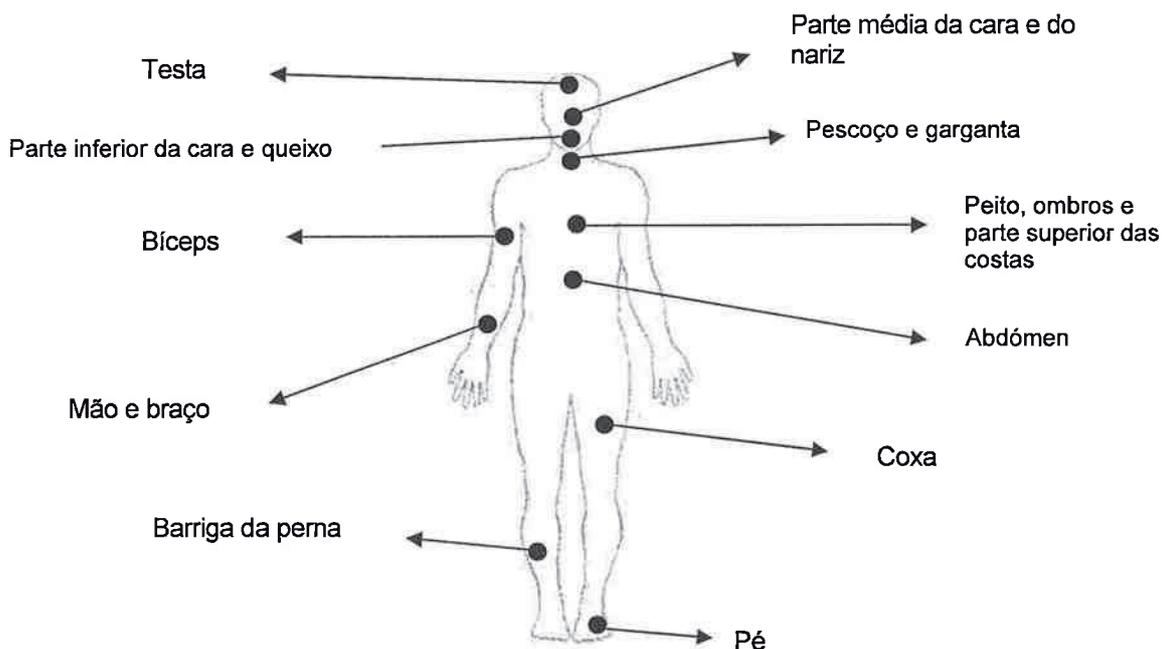
Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as pernas e pés... Quando eu disser “3”, pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos.

Treino de Relaxamento

Consiste num procedimento que procura diminuir os níveis de activação e conseguir um estado de relaxamento através de uma série de exercícios de contracção e descontração de vários grupos musculares (ver figura).

O principal objectivo do treino de relaxamento é permitir, de forma eficaz, que consiga relaxar, de modo a induzir estados de bem-estar e tranquilidade.

O relaxamento requer bastante prática pelo que é, fundamental, que seja treinado, de forma regular, escolhendo, para o efeito, um local apropriado e confortável.



De seguida apresentam-se os 16 grupos musculares que vão ser trabalhados ao longo do relaxamento. Para cada grupo muscular siga as instruções:

Grupo muscular	Instruções de contracção/relaxamento
Mão e braço dominante	<p>Focalize a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante.</p> <p>AGORA, contraia esses músculos, fechando o punho.</p> <p>Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.</p> <p>(Mantenha a contracção durante alguns segundos)</p> <p>RELAXE....</p> <p>Repare na diferença entre a tensão e o relaxamento. Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>
Bíceps dominante	<p>Passe para o bíceps dominante.</p> <p>AGORA, contraia os músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra o braço da cadeira.</p> <p>Sinta os músculos a puxar...</p> <p>Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p> <p>RELAXE...</p> <p>Foque toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento.</p> <p>(Manter durante alguns segundos)</p>
Mão e braço não dominante	<p>(O mesmo que para o lado dominante)</p>
Bíceps não dominante	<p>(O mesmo que para o lado dominante)</p>

Passe para os músculos da parte superior do rosto: a testa.

AGORA contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder.

Testa

Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio.

(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair... Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.

(Manter durante alguns segundos)

Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto, e do nariz.

AGORA contraia esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz.

Parte média da
cara e do nariz

Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão.

RELAXE....

Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que fluem para essa área.

(Manter durante alguns segundos)

Parte inferior da
cara e queixo

Agora desça para os músculos da parte inferior do seu rosto: parte inferior das maçãs do rosto e queixo.

AGORA cerre os seus dentes e puxar os cantos da boca para trás.

Sinta a tensão através de toda a parte inferior do seu rosto, reparando no que sente à medida que esses músculos vão ficando tensos.

RELAXE....Aprecie as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxando cada vez mais profundamente.
(Manter durante alguns segundos)

Pescoço e
garganta

Foque a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta.

AGORA contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito sem o deixar tocar no peito.

Aprecie a tensão nesses músculos
(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados... Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos.

(Manter durante alguns segundos)

Peito, ombros e
parte superior das
costas

Focalize nos músculos do peito, ombros e parte superior das costas

AGORA contraia esses músculos, inspirando bem profundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem.

Sinta a tensão no peito, nos ombros e na parte das costas.
(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...Descontraia-se...Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente.

(Manter durante alguns segundos)

Foque a sua atenção nos músculos do estômago.

AGORA contrai-a o estômago como se fosse dar uma pancada a si mesmo.

Abdómen Sinta a tensão e o aperto no estômago e aprecie as sensações associadas com isso.
(Manter durante alguns segundos)

RELAXE...Deixe a tensão sair... Repare que esses músculos ficam completamente relaxados.

(Manter durante alguns segundos)

Passe para os músculos da parte superior da perna dominante: a coxa dominante.

AGORA contraia esses músculos da parte superior da perna dominante, contrapondo o grande músculo da parte superior da perna, com os dois músculos pequenos da parte inferior.

Coxa dominante Sinta a tensão e aprecie a parte de cima do músculo grande fica dura...
(Manter durante alguns segundos)

RELAXE... Deixe toda a tensão sair... Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados...

(Manter durante alguns segundos)

Foque a sua atenção nos músculos da parte inferior da perna dominante: a barriga da perna dominante.

AGORA contraia esses músculos, puxando os dedos dos pés para cima, em direcção à sua cabeça.

Barriga da perna dominante Aprecie toda a tensão na área da barriga da perna
(Manter durante alguns segundos)

RELAXE. Repare naquilo que se passa à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados... Aprecie as sensações desses músculos à medida que se vão libertando.

(Manter durante alguns segundos)

Passa para os músculos do seu pé dominante.

AGORA contraia esses músculos, esticando o pé e virando-o para dentro, ao mesmo tempo que encara os dedos.

Pé dominante

Aprecie a sensação de tensão, a pressão no arco e no peito do pé...
(Manter durante alguns segundos)

RELAXE... Descontraia-se... Repare como eles estão agora, comparando com anteriormente...

(manter durante alguns segundos)

Coxa não
dominante

(O mesmo que para a coxa dominante)

Barriga da perna
não dominante

(O mesmo que para a barriga da perna dominante)

Pé não dominante

(O mesmo que para o pé dominante)

Mantenha-se tão relaxado quanto possível.

Deixe que todo o seu corpo se torne mole e sinta todos os seus músculos relaxados.

Pratique estes exercícios diariamente para que consiga relaxar-se cada vez melhor. Uma boa altura para os praticar pode ser à noite antes de ir para a cama, num ambiente calmo, com pouca luz, não estar preocupado com a realização de tarefas e não ser interrompido.

Bom trabalho!!!

Distinguir Situações, Emoções e Pensamentos.

Esta folha é um exercício para ajudar a distinguir melhor os pensamentos, as emoções (estados de humor) e as situações para posteriormente adoptar um conjunto de estratégias centradas nas suas cognições, emoções e comportamentos. Coloque uma cruz numa das colunas que considere

	Situação	Emoção	Pensamento
1.Nervoso.			
2.Em casa.			
3.Não vou conseguir fazer isso.			
4.Triste.			
5.Falando com um amigo ao telefone.			
6.Irritado.			
7.Dirigindo meu carro.			
8.Eu sempre vou me sentir assim.			
9.No trabalho.			
10.Estou enlouquecendo.			
11.Bravo.			
12.Eu não presto.			
13.4:00 da manhã.			
14.Algo terrível vai acontecer.			
15.As coisas nunca dão certo.			
16.Desanimado.			
17.Eu não vou superar isso.			
18.Sentado em um restaurante.			
19.Estou fora de controle.			
20.Sou um fracasso.			
21.Falando ao telefone com minha mãe.			
22.Ela está sendo injusta.			
23.Deprimido.			
24.Sou um perdedor.			
25.Culpado.			
26.Na casa de meu filho.			
27.Estou tendo um ataque cardíaco.			
28.Tiraram partido de mim.			
29.Deitado na cama, tentando dormir.			
30.Issso não vai funcionar.			
31.Vergonha.			
32.Vou perder tudo que tenho.			
33.Pânico.			

ser
pensamento,
emoção ou
situação.

Adaptado de Padesky & Greenberger (1995)

A seguir, encontram-se as respostas da Folha de Exercícios.

- 1.Nervoso Emoção
- 2.Em casa Situação
- 3.Não vou conseguir fazer isso Pensamento
- 4.Triste Emoção
- 5.Falando com um amigo ao telefone Situação
- 6.Irritado Emoção
- 7.Dirigindo meu carro Situação
- 8.Eu sempre vou me sentir assim Pensamento
- 9.No trabalho Situação
- 10.Estou enlouquecendo Pensamento
- 11.Bravo Emoção
- 12.Eu não presto Pensamento
- 13.4:00 da manhã Situação
- 14.Algo terrível vai acontecer Pensamento
- 15.As coisas nunca dão certo Pensamento
- 16.Desanimado Emoção
- 17.Eu não vou superar isso Pensamento
- 18.Sentado em um restaurante Situação
- 19.Estou fora de controle Pensamento
- 20.Sou um fracasso Pensamento
- 21.Falando ao telefone com minha mãe Situação
- 22.Ela está sendo injusta Pensamento
- 23.Deprimido Emoção
- 24.Sou um perdedor Pensamento
- 25.Culpado Emoção
- 26.Na casa de meu filho Situação
- 27.Estou tendo um ataque cardíaco Pensamento
- 28.Tiraram partido de mim Pensamento

Orientações no preenchimento das respectivas colunas

Situação	Emoções (estado de humor)	Pensamentos automáticos e imagens
<p>Quando foi? Data e hora</p> <p>Que estava a fazer</p> <p>Onde estava</p> <p>Com quem estava</p>	<p>Descreve cada estado emocional com uma palavra</p> <p>O que estava a sentir</p> <p>Tenso, stressado</p> <p>Preocupado, inseguro, ansioso</p> <p>Deprimida, triste, em baixo, infeliz</p> <p>Assustado, com medo, apavorado, em pânico</p> <p>Aborrecido, irritado, zangado, irado</p> <p>Envergonhado, humilhado, constrangido</p> <p>Dececionado, frustrado, desapontado Culpado</p> <p>Ferido, magoado Desconfiado.</p> <p>Avalie a intensidade do humor (0 – 10)</p>	<p>O que estava passando em sua mente instantes antes de modificar seu humor ou de começar o sintoma?</p> <p>Quais os seus pensamentos se relacionavam com aquele estado emocional?</p> <p>Qual o pensamento mais importante?</p> <p>Quais imagens ou lembranças você teve?</p> <p>Avalie o quanto você acredita nisto (0 – 10) E quando piorou o humor ou o sintoma?</p>
<p>Estressores ou problemas</p> <p>O que aconteceu?</p> <p>Houve algum problema?</p> <p>O que foi?</p> <p>Você se incomodou?</p> <p>Teve algum aborrecimento?</p>	<p>Sintomas</p> <p>Sentiu alguma coisa no corpo? Algum sintoma físico?</p> <p>Alguma dor? Tontura? Enjoo? Vômitos?</p> <p>Falta de ar?</p> <p>Sudorese?</p> <p>Algum outro sintoma?</p>	<p>Comportamento</p> <p>Qual foi sua reação?</p> <p>O que você fez?</p>

Por favor, proceda aos seus registos diários, assim como combinado em consulta. Pode registar as vezes que quiser durante o dia. Obrigada.
Estes registos permitem que compreenda melhor o foco das suas dificuldades e preocupações, os fatores precipitantes das mesmas, o tipo de pensamentos que ocorrem associados ás mesmas assim como suas emoções.

REGISTO EM 3 COLUNAS

Situação/ Data/hora	Emoções (estado de humor) avaliar de 0 a 10	Pensamentos automáticos e imagens
Estressores ou problemas	Sintomas (que sentiu no corpo?)	Comportamento (o que fez?)

--	--	--

Orientações no preenchimento das respetivas colunas

Situação	Emoções (estado de humor) Avaliar de 0 a 10	Pensamentos automáticos e imagens	Evidências favoráveis ao pensamento automático quente	Pensamento alternativo
<p>Conte o ambiente em que você estava quando começou a sentir o sintoma ou a emoção. O que você estava fazendo?</p> <p>Quando foi? (data e hora) Onde você estava? Com quem você estava?</p>	<p>Descreva cada estado emocional, com uma palavra. O que você estava sentindo? Tenso, estressado Ansioso, preocupado, inseguro. Deprimido, triste, para baixo. Assustado, em pânico Aborrecido, irritado, zangado. Envergonhado, humilhado, constrangido. Decepcionado, frustrado Culpado Ferido, magoado</p> <p>Avalie a intensidade da emoção (0 a 10)</p>	<p>O que estava passando em sua mente instante antes de modificar seu humor ou de começar o sintoma? Quais os seus pensamentos se relacionavam com aquele estado emocional? Qual o pensamento mais importante? O que ele tem a ver com você, ou com a sua vida? Quais imagens ou lembranças você teve?</p> <p>Avalie o quanto você acredita nisto (0 – 10) E quando piorou o humor ou o sintoma?</p>	<p>Circule o pensamento importante da coluna anterior para o qual você está procurando evidência. Escreva evidências (fatos) para apoiar esta conclusão. (Apenas os fatos. Tente evitar a interpretação). (Evite também tentar adivinhar o que as outras pessoas pensam a respeito).</p>	<p>Faça a você as perguntas para criar pensamentos alternativos ou compensatórios. Há outras maneiras de interpretar o que ocorreu? Quais? Escreva uma frase que resume as evidências a favor e contra o pensamento quente. Faz sentido? Se meu pensamento for verdadeiro, qual é a pior consequência? Se não for, qual a melhor? Qual é a mais realista? Qual o conselho que eu daria para uma pessoa que eu amo com pensamento semelhante? Existe algum ponto forte em mim que estou</p>

	<p>Estressores ou problemas (O que causou ou influenciou neste episódio?)</p>	<p>Sintomas (O que você sentiu no corpo?)</p>	<p>Comportamento (Qual foi sua reação?) (O que você fez?)</p>	<p>Evidências contra o pensamento automático</p>	<p>ignorando? Classifique o quanto você acredita em cada pensamento alternativo ou compensatório (0 a 10)</p> <p>Emoções mais tarde (avaliação posterior - 0 a 10)</p>
<p>O que aconteceu?</p> <p>Houve algum problema? O que foi?</p> <p>Você se incomodou?</p> <p>Teve algum aborrecimento?</p>	<p>Sentiu alguma coisa no corpo? Algum sintoma físico? Alguma dor? Tontura? Enjoo? Vômitos? Falta de ar? Sudorese? Algum outro sintoma?</p>	<p>Qual foi sua reação? O que você fez?</p>	<p>Faça para você as perguntas para descobrir evidências que não apoiam o seu pensamento. Quais erros de raciocínio eu estou cometendo? Tive alguma experiência que mostra que o pensamento não é verdadeiro o tempo todo? O que meu melhor amigo me diria a respeito? Quando não estou me sentindo deste modo, penso de maneira diferente? Quando me senti assim no passado, sobre o que pensei que me ajudou? Existem pequenas coisas que contradizem meus pensamentos? Daqui a 5 anos eu olharei para este fato de maneira diferente?</p>	<p>Avalie novamente a emoção, após ter um pensamento alternativo.</p>	

Por favor, proceda aos seus registros diários, assim como combinado em consulta. Pode registrar as vezes que quiser durante o dia. Obrigada.

Estes registros permitem que compreenda melhor o foco das suas dificuldades e preocupações, os fatores precipitantes das mesmas, o tipo de pensamentos que ocorrem associados a essas situações assim como o grau das suas emoções. Na última coluna sugere-se que coloque um pensamento adaptativo às situações identificadas por si (estratégias de coping centrado no comportamento/resolução de problemas).

REGISTO EM 5 COLUNAS

Situação	Emoções (estado de humor) Avaliar de 0 a 10	Pensamentos automáticos e imagens	Evidências favoráveis ao pensamento automático quente	Pensamento alternativo
Estressores ou problemas (O que causou ou influenciou neste episódio?)	Sintomas (O que você sentiu no corpo?)	Comportamento (Qual foi sua reação?) (O que você fez?)	Evidências contra o pensamento automático	Emoções mais tarde (avaliação posterior - 0 a 10)

--	--	--	--	--	--

Registo de crenças

Por favor, pede-se que registre as crenças menos adequadas que tem no seu pensamento relativamente às suas dificuldades, situações de stress/ansiedade substituindo essa crença por outra mais favorável para si (estratégias de coping adaptativo centrado nas cognições).

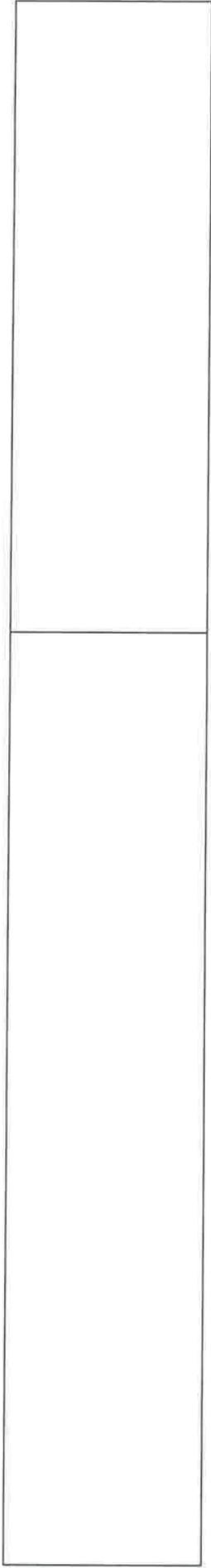
Evidências a favor da crença antiga	Evidências contra a crença antiga e a favor da crença nova
Vantagens da crença antiga (ela ajuda?)	Vantagens da crença nova

--	--

Registro de crenças

Por favor, pede-se que registre as crenças menos adequadas que tem no seu pensamento relativamente à dor, substituindo essa crença por outra mais favorável para si.

<p>Evidências a favor da crença antiga</p> <p>pensamento eufórico</p>	<p>Evidências contra a crença antiga e a favor da crença nova</p> <p>expectativas positivas</p> <p>✓ prazer do/ preso</p> <p>falta força</p> <p><u>fisioterapia</u> ⇒</p>
<p>Vantagens da crença antiga (ela ajuda?)</p> <p>ficar melhor / ficar</p>	<p>Vantagens da crença nova</p> <p>→ alegria, movimentos + saltos</p>



Avaliação da Satisfação dos utentes
(adaptado de Miranda, 2012)

As 18 frases que se seguem referem-se a vários aspetos que compreendem o papel do psicólogo. Pedimos-lhe por favor que assinale com uma cruz (X) no sentimento que melhor descreve o seu grau de satisfação: desde muito insatisfeito(a) a muito satisfeito (a).

Grau de satisfação relativamente:	 muito insatisfeito	 insatisfeito	 indiferente	 Satisfeito/a	 Muito satisfeito/a
1 às informações fornecidas num primeiro contato com o Psicólogo					X
2 ao número total das consultas				X	
3 ao intervalo de tempo entre as consultas				X	
4 à duração de tempo de cada consulta					X
5 às condições gerais do gabinete (aspecto, conforto, privacidade)				X	
6 à pontualidade e assiduidade do Psicólogo					X
7 ao apoio que o Psicólogo lhe deu					X
8 à compreensão demonstrada pelo Psicólogo acerca das suas preocupações					X
9 ao interesse demonstrado pelos seus problemas					X
10 à linguagem utilizada pelo Psicólogo					X
11 à intervenção e estratégias adoptadas pelo Psicólogo					X
12 à competência e à preparação do Psicólogo					X
13 ao desfecho do problema que o/a fez procurar a(s) consulta(s) de psicologia					X
14 ao desenlace de outros problemas que foram surgindo no decorrer do processo					X
15 às mudanças na sua vida influenciadas pela(s) consulta(s) de psicologia					X
16 aos progressos que foi sentindo ao longo do processo					X

17 à sua forma de lidar com os problemas e as preocupações do dia-a-dia				X	
18 a aspectos da sua vida que não foram focados nas consultas de psicologia					X

Obrigado pela sua colaboração.